

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARIA

ESCUELA DE POST GRADO

MAESTRIA EN ESTIMULACIÓN TEMPRANA INTEGRAL



**“LA ESTIMULACIÓN ALIMENTARIA Y EL INCREMENTO
PONDERAL DE LOS NIÑOS ABLACTANTES DEL
HOSPITAL APOYO DEPARTAMENTAL MOQUEGUA 2004.”**

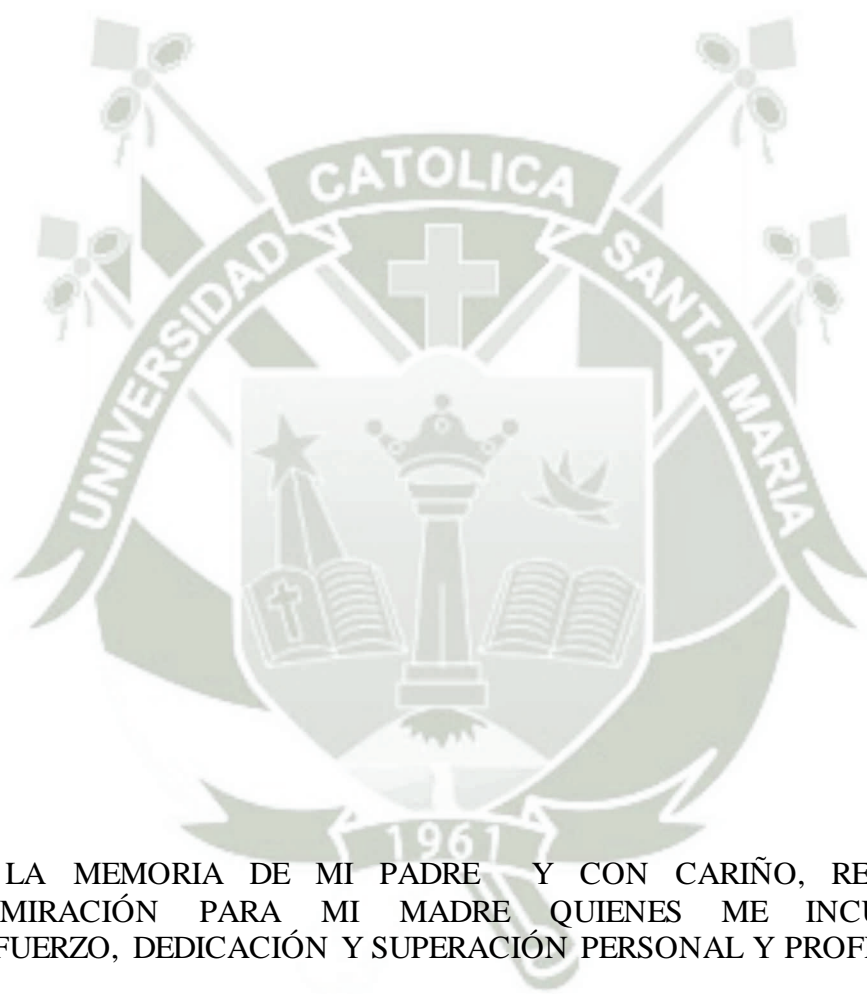
**Tesis presentada por la Bachiller
CECILIA MELECIA RAMOS TORRES.
Para Optar el Grado Académico de
Magíster en Estimulación Temprana
Integral.**

AREQUIPA - PERÚ

2004



AGRADECIMIENTO PROFUNDO A LA ESCUELA DE POST GRADO DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA COMO INSTITUCIÓN EDUCATIVA, ESPECIALMENTE A LOS DOCENTES Y ASESORES, QUIENES NOS OFRECIERON TIEMPO, DEDICACIÓN Y UN APOORTE DE INCALCULABLE VALOR, QUE PERMITIRAN DESARROLLAR UN EJERCICIO PROFESIONAL DE CALIDAD PARA BENEFICIO DE LOS NIÑOS Y PARA NUESTRA PROPIA SATISFACCIÓN PERSONAL.



A LA MEMORIA DE MI PADRE Y CON CARÍÑO, RESPETO Y ADMIRACIÓN PARA MI MADRE QUIENES ME INCULCARON ESFUERZO, DEDICACIÓN Y SUPERACIÓN PERSONAL Y PROFESIONAL.



“EL MEJOR MEDIO PARA HACER BUENOS A
LOS NIÑOS ES HACERLOS FELICES”.

- Menninger, Karl A. -

INDICE GENERAL.

RESUMEN.....	7
SUMARY	9
INTRODUCCIÓN	11
RESULTADOS.....	13
A. Características de la Estimulación Alimentaria.....	15
B. Incremento Ponderal	29
CONCLUSIONES.....	32
RECOMENDACIONES	34
PROPUESTA	36
BIBLIOGRAFÍA	44
ANEXOS.....	50
1. Proyecto de Investigación	51
I.PREÁMBULO.....	53
II.PLANTEAMIENTO TEÓRICO.....	54
1.Problema de Investigación.....	54
2.Marco Conceptual.....	59
3. Antecedentes Investigativos	109
4. Objetivos	110
5.Hipótesis	110
III.PLANTEAMIENTO OPERACIONAL.....	111
1.Técnicas, Instrumentos y Materiales de Verificación	111

2. Campo de Verificación	111
* Cédula de Entrevista	114
* Ficha de Observación Antropométrica	116
3. Estrategia de recolección de datos	117
4. Manejo de Resultados	118
2. Matriz de Datos	128



RESUMEN.

El presente trabajo pretende determinar el incremento ponderal de los niños que acuden a consulta nutricional en el Hospital de Apoyo Departamental Moquegua – HADM.

Los objetivos del estudio fueron identificar las características de Estimulación Alimentaria y el Incremento Ponderal de los niños ab lactantes del Hospital Apoyo Departamental Moquegua 2004.

Se trata de determinar la influencia de la Estimulación Alimentaria sobre el Incremento Ponderal del niño ab lactantes del Hospital Apoyo Departamental Moquegua 2004.

Se plantea como hipótesis que la estimulación alimentaria como factor importante para el crecimiento y desarrollo del niño contribuye a lograr un incremento ponderal óptimo.

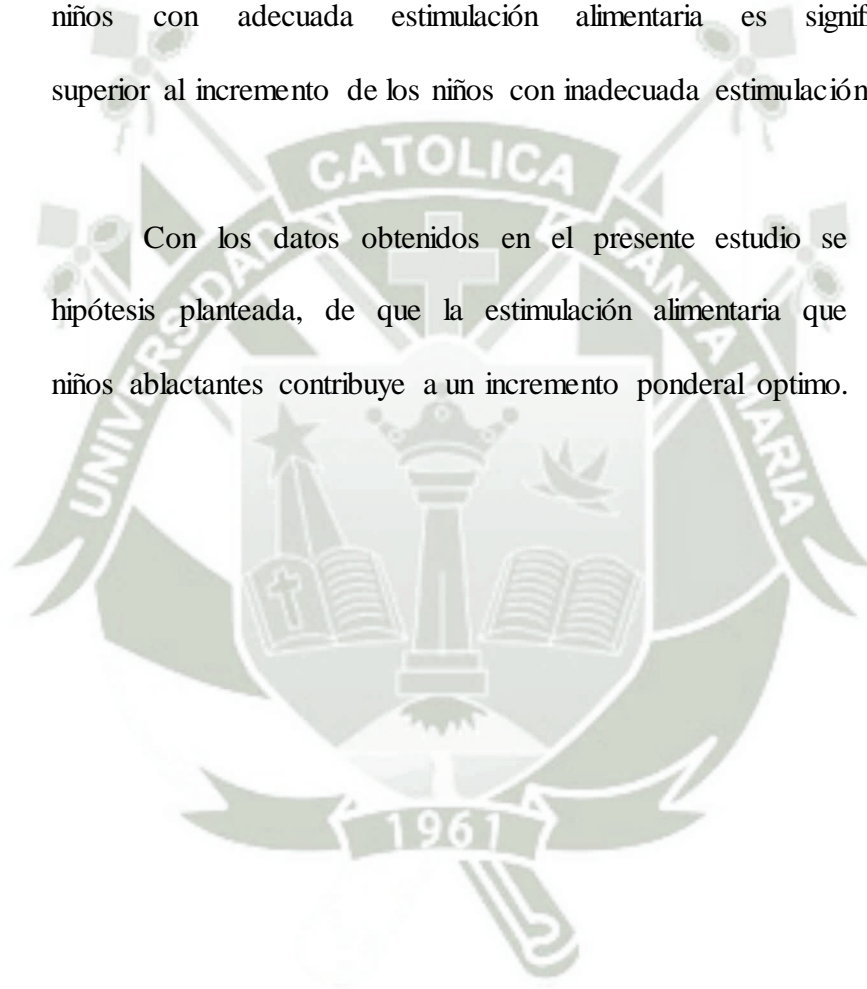
El estudio realizado es de tipo relación, se aplicó como instrumento la cédula de entrevista “Prácticas de Estimulación Alimentaria en el Niño Ablactante” a los niños asistentes al consultorio de nutrición considerados clínicamente sanos comprendidos en edad de inicio de ab lactancia. Dicho instrumento consta de 10 preguntas con un puntaje de 36 puntos.

Así mismo se evaluó mensualmente el peso de los niños para analizar el incremento ponderal empleando las tablas de incremento de

peso según peso previo del CLAP Centro Latinoamericano de Perinatología OPS-OMS Montevideo-Uruguay.

Por tratarse de dos muestras de tamaño diferente, se utilizó la prueba de diferencia entre dos medias para una distribución normal, a dos colas, con la que se demostró que el incremento ponderal del grupo de niños con adecuada estimulación alimentaria es significativamente superior al incremento de los niños con inadecuada estimulación.

Con los datos obtenidos en el presente estudio se confirmó la hipótesis planteada, de que la estimulación alimentaria que reciben los niños ab lactantes contribuye a un incremento ponderal optimo.



SUMMARY

The following work pretends to determine the ponderal increment of the children who go to a nutritional consult in the Support Departmental Moquegua Hospital SDMH.

The goals of stugy were identify the characteristics of feed stimulation and the ponderal increment of the children of the Support departmental Moquegua 2004.

It is planted as hypothesis that the feed stimulation as an important factor for tha development and growing of the child contributes to have a ponderal and optimum increment.

The study done is the kind of relation it uses as instrument the interview sheet “feed stimulation practices in the child”. To the children in the nutrition consultory considered healthy in the beninning of ablactancy. That instrument has ten questions with a socre of 36 points.

So it was evaluated the children’s weight to analyze the ponderal increment boards previous weight of the PLAC Perinatology Latino American Center OPS – OMS Montevideo-Uruguay.

By treated two samples of different size, it was used the difference test between two medias for a normal distribution to two colas, with this was demonstrated that the ponderal increment of the group of children

with a good feeding stimulation is significantly superior to the increment of the children with an inadequate stimulation.

With the obtained facts in the present study it was confirmed the given hypothesis, that the feeding stimulation that abalctance children receive contributes to an optimum ponderal increment.



INTRODUCCIÓN.

Desde su nacimiento hasta convertirse en adulto, en el niño ocurren diversas etapas de crecimiento y desarrollo. Cada una de estas deben ser cumplidas, así como sus metas; Una de ellas es lograr que el niño llegue en plenitud a la adultez.

Para cumplir este logro es necesario tener en cuenta que el crecimiento total del individuo se lleva a cabo por medio de la interacción del desarrollo físico, mental, emocional y social, y la estimulación temprana producirá impacto en el crecimiento total del bebé, sin presionar ni acelerar ningún proceso de desarrollo.

(4)

En relación al crecimiento físico, el incremento de peso se debe lograr paulatinamente a lo largo de todo el proceso de crecimiento y desarrollo. (3)

El aumento de peso llamado también incremento ponderal es la expresión de un adecuado crecimiento pero puede ser influenciado por múltiples factores como psicológico, social, biológico y nutricional, cuando uno de ellos se desequilibra éste incremento es deficiente alterando así el crecimiento y desarrollo.(14)

Si el niño aumenta regularmente de peso todos los meses, es poco probable que tenga problemas fundamentales. Si no aumenta de peso seguramente tendrá problemas que requerirán de atención inmediata.

En el aspecto nutricional si estimulamos adecuadamente la alimentación del niño podríamos obtener un incremento ponderal óptimo.

Considerando el rol que debe cumplir el profesional de la salud en la atención del niño, es que se decidió realizar el estudio de investigación titulado “La Estimulación Alimentaria y el Incremento Ponderal de los Niños Ablactantes del hospital Apoyo Departamental Moquegua”, que contiene el análisis de los datos en los siguientes aspectos:

1. Características de la Estimulación Alimentaria de los niños ablactantes
2. Incremento Ponderal de los niños ablactantes.

Finalmente se presentan las conclusiones y la bibliografía. En el anexo se adjunta el Proyecto de Investigación, el Instrumento usado y la Matriz de Datos.



RESULTADOS

Los resultados que se detallan a continuación se presentan según los indicadores de cada Variable:

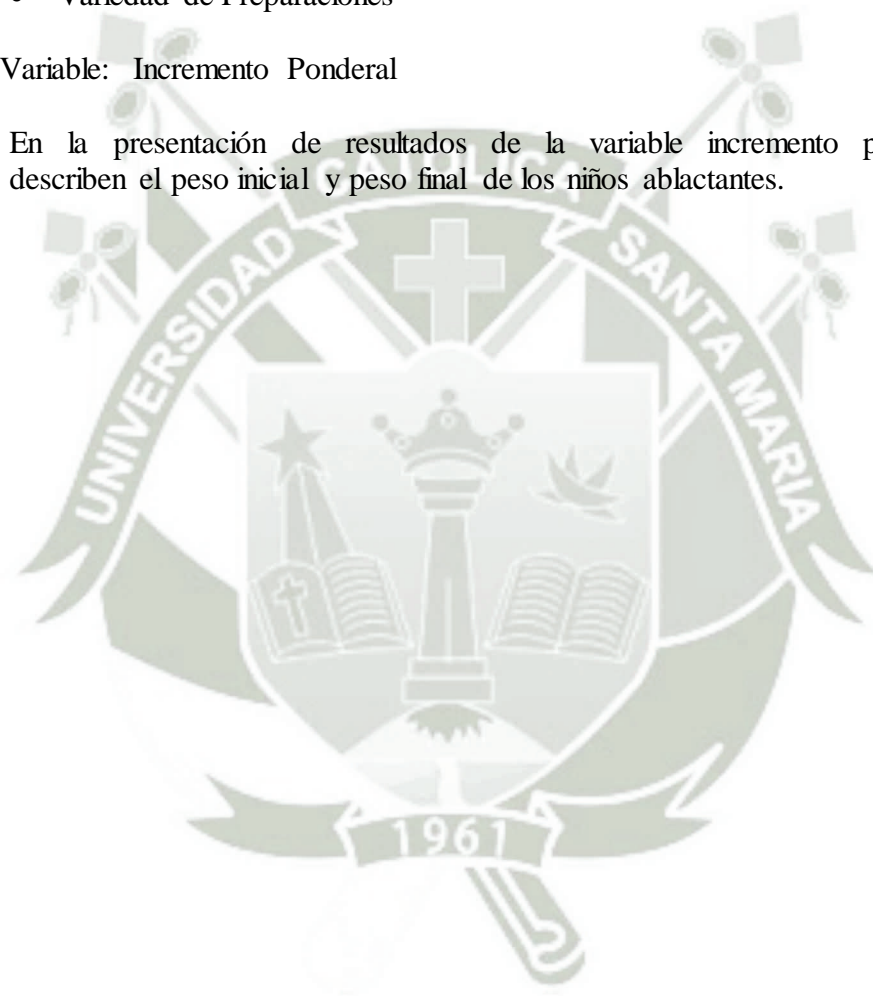
A. Variable: Estimulación Alimentaria

Para ésta variable se describen los 4 indicadores:

- Calidad de Alimentos
- Cantidad de Alimentos
- Frecuencia de Consumo
- Variedad de Preparaciones

B. Variable: Incremento Ponderal

En la presentación de resultados de la variable incremento ponderal se describen el peso inicial y peso final de los niños ab lactantes.



I. CARACTERÍSTICAS DE LA ESTIMULACIÓN ALIMENTARIA.

A. CALIDAD DE ALIMENTOS.

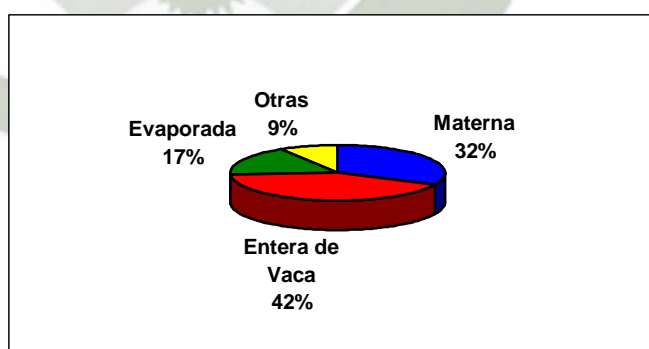
CUADRO N° 1

Alimentación Láctea del Niño Ablactante HADM 2004

Consume Leche	N° de Niños	%
Si	47	76
No	15	24
Total	62	100

El mayor porcentaje de los niños ablactantes (76%) recibe alimentación láctea, porcentaje aceptable considerando que desde los 6 meses la alimentación láctea no es prioritaria según referencia bibliográfica de la OMS

Figura N° 1
Tipo de Leche que Reciben
Los Niños Ablactantes HADM 2004



El mayor porcentaje de niños (42 %) recibe leche entera de vaca la que no resulta ser la más adecuada debido a la mayor concentración de proteínas. Observamos también un buen porcentaje de consumo de leche materna.

CUADRO N° 2

Alimentación No Láctea del Niño Ablactante HADM 2004

Tipo de Alimentos	N° de Niños	%
Carne – Huevo	51	82
Menestra	42	68
Verduras – Frutas	62	100
Cereales –Tubérculos	62	100
Grasas	49	79
Total	62	100

En el cuadro N° 2 se observa que la alimentación no láctea es a predominio de verduras-frutas y cereales-tubérculos, ambos presentes en la alimentación diaria de la totalidad de los niños. Estos grupos de alimentos generalmente son considerados para el inicio de la ablactancia.

En menores porcentajes se observa el consumo de alimentos proteicos, siguiendo la proporción de mayor consumo de proteína de origen animal respecto a la de origen vegetal, cercano a la proporción establecida.

En la alimentación no láctea es indispensable el consumo de grasas, pero en el estudio se observa una baja ingesta.

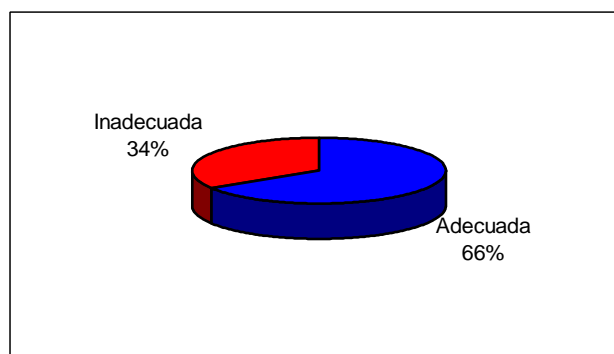
CUADRO N° 3

Calidad de Alimentos que reciben los Niños Ablactantes HADM 2004

Calidad de Alimentos	N° de Niños	%
Adecuada	41	66
Inadecuada	21	34
Total	62	100

Considerando en forma conjunta el consumo lácteo y no lácteo, el aporte cualitativo de proteínas (leche, carne, huevo, menestras), energía (cereales, tubérculos y grasas) y vitaminas-minerales (verduras y frutas) que reciben los niños ablactantes es adecuado (66%).

Figura N° 2
Calidad de Alimentos que Reciben
Los Niños Ablactantes HADM 2004



Visualizamos en forma global que la calidad de alimentos que reciben los niños ablactantes es adecuada en un mayor porcentaje.

B. CANTIDAD DE ALIMENTOS.

CUADRO N° 4

Cantidad de Leche que reciben los Niños Ablactantes HADM 2004

Cantidad de Leche	N° de Niños	%
Adecuada	45	96
Inadecuada	2	4
Total	47	100

El total de niños está referido sólo al número de ablactantes que consume leche (47). En gran porcentaje (96%) los niños ablactantes reciben adecuada cantidad de leche según la edad que presentan. Es una característica positiva que asegura el aporte proteico en la alimentación del niño de ésta edad.

CUADRO N° 5

Cantidad de “Comida Principal” que reciben Los Niños Ablactantes HADM 2004

Cantidad de Comida Principal	N° de Niños	%
Adecuada	50	81
Inadecuada	12	19
Total	62	100

En el presente cuadro se observa que el mayor porcentaje de niños (81%) recibe una adecuada cantidad de alimentos en sus comidas principales en relación a la edad. Se considera adecuada porque las cantidades ofrecidas están de acuerdo con los lineamientos de nutrición infantil INS-CENAN 2001.

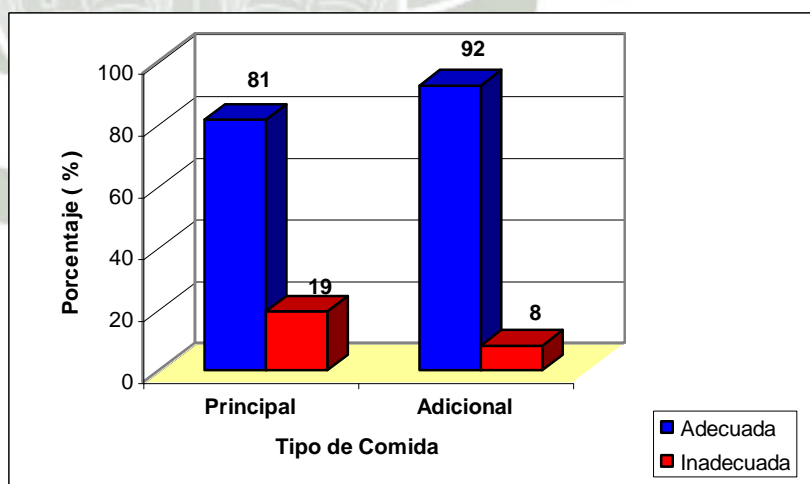
CUADRO N° 6

Cantidad de “Comida Adicional” que reciben los Niños Ablactantes HADM 2004

Cantidad de Comida Adicional	N° de Niños	%
Adecuada	11	92
Inadecuada	1	8
Total	12	100

El total de niños está referido sólo al número de ablactantes que reúne las características para recibir comida adicional. Los niños ablactantes reciben ésta comida en cantidad adecuada en un gran porcentaje 92 %.

Figura N° 3
Comida Principal y Adicional que Reciben Los Niños Ablactantes HADM 2004



Ambas comidas se ofrecen adecuadamente en altos porcentajes.

CUADRO N° 7

Cantidad de Alimentos que reciben los Niños Ablactantes HADM 2004

Cantidad de Alimentos	N° de Niños	%
Adecuada	37	60
Inadecuada	25	40
Total	62	100

Figura N° 4
Cantidad de Alimentos que Reciben
Los Niños Ablactantes HADM 2004



En forma Global, la cantidad de alimentos que reciben los niños ablactantes es adecuada en un 60%. La cantidad de alimentos de la comida principal es la más determinante para la clasificación final de la cantidad de alimentos consumidos.

C. FRECUENCIA DE CONSUMO.

CUADRO N° 8

Frecuencia de “Consumo de Alimentos” que reciben los Niños Ablactantes HADM 2004

Consumo de Alimentos	N° de Niños	%
Adecuado	52	84
Inadecuado	10	16
Total	62	100

Referente a la frecuencia de consumo de alimentos, el 84 % de los niños ablactantes la recibe adecuadamente, y el 16 % de manera inadecuada. Esta referencia es de acuerdo al número de veces por semana que los niños reciben los diferentes tipo de alimentos.

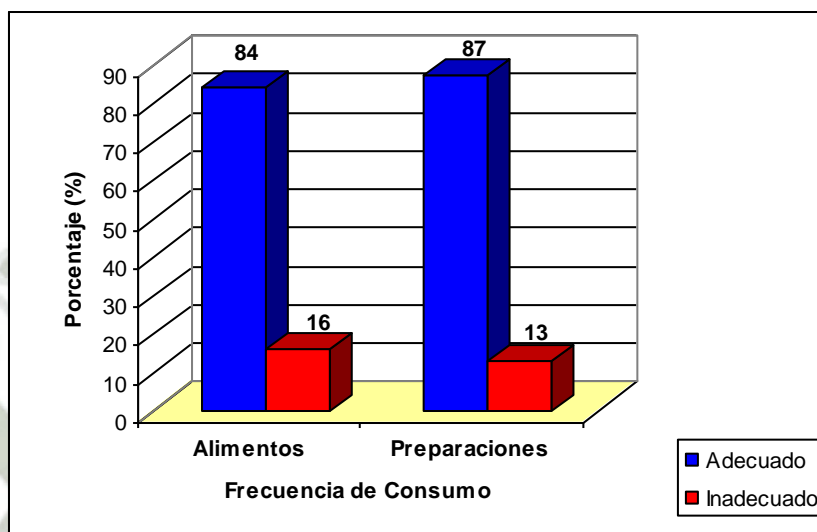
CUADRO N° 9

Frecuencia de “Consumo de Preparaciones” que reciben los Niños Ablactantes HADM 2004

Consumo de Preparaciones	N° de Niños	%
Adecuada	54	87
Inadecuada	8	13
Total	62	100

En relación a la frecuencia de consumo de preparaciones, el 87 % de los niños ablactantes las recibe de manera adecuada. Es decir que es considerable el porcentaje de niños que recibe adecuadamente el número de comidas al día, según los Lineamientos de Nutrición Infantil.

Figura N° 5
Frecuencia de Consumo de Alimentos y Preparaciones
que Reciben Los Niños Ablactantes HADM



Las dos características de frecuencia de consumo se observan en forma adecuada en óptimos porcentajes. Referente al tipo de alimentos y su frecuencia de consumo se observa un pequeño porcentaje inadecuado, pero que no afecta finalmente la clasificación total de frecuencia de consumo. Es oportuno resaltar que el 87 % recibe el correcto número de comidas al día según su edad.

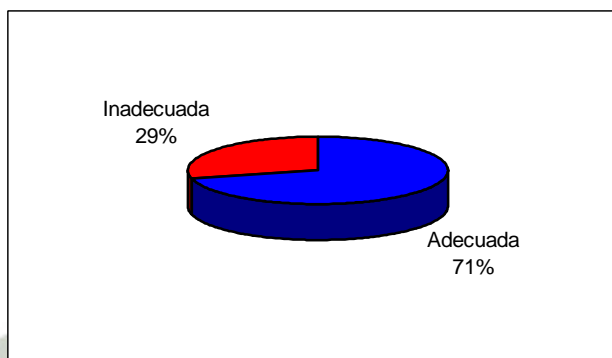
CUADRO N° 10

Frecuencia de Consumo que reciben los
Niños Ablactantes HADM 2004

Frecuencia de Consumo	N° de Niños	%
Adecuada	44	71
Inadecuada	18	29
Total	62	100

La frecuencia de consumo analizada en conjunto, consumo de alimentos y consumo de preparaciones recibidos durante el día es adecuada en el mayor porcentaje de los niños.

Figura N° 6
Frecuencia de Consumo que Reciben
Los Niños Ablactantes HADM 2004

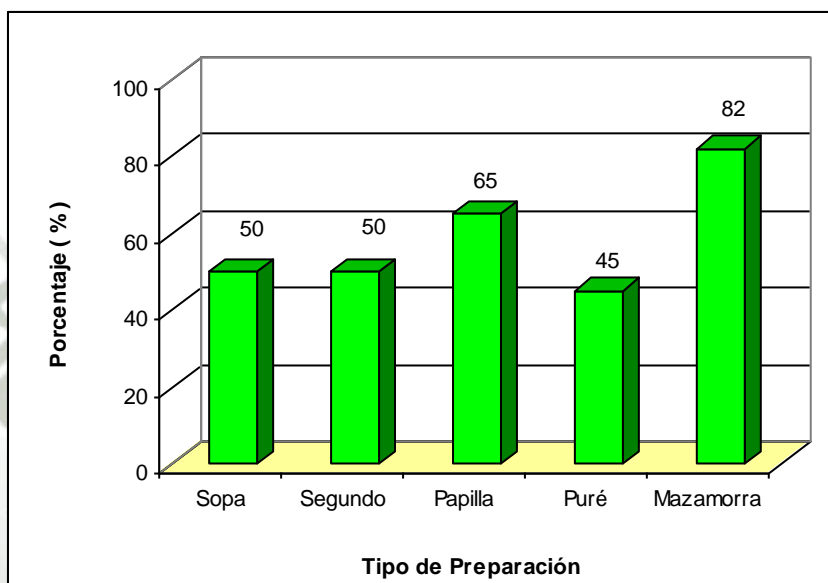


Se visualiza la diferencia porcentual de adecuación de la frecuencia de consumo en forma global (consumo de alimentos y de número de preparaciones) que reciben los niños ablactantes.

D. VARIEDAD DE PREPARACIONES.

Figura N° 7

**Tipo de Preparaciones que reciben los
Niños Ablactantes HADM 2004**



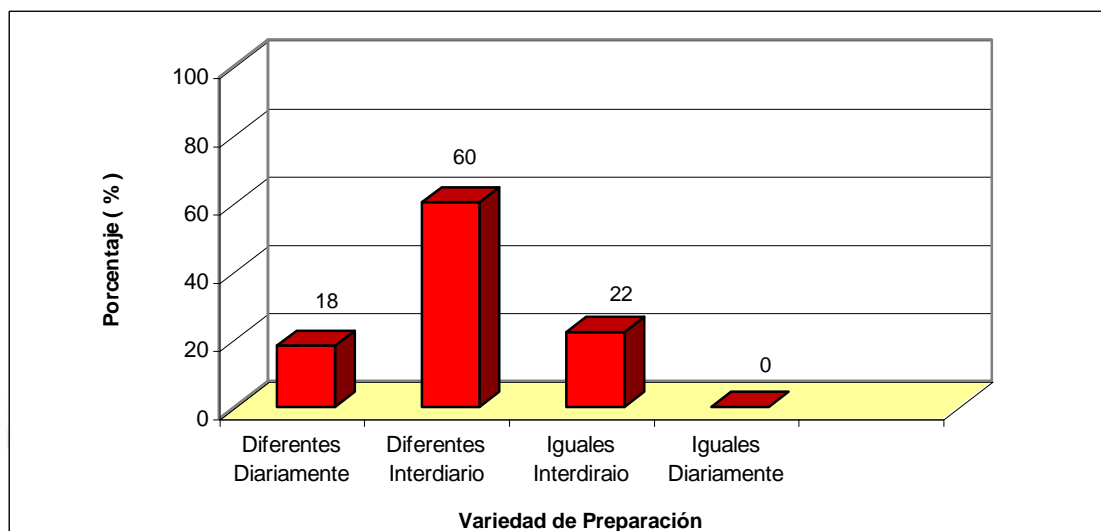
En relación al tipo de preparaciones, las mazamoras, papillas y purés siguen siendo las preparaciones de mayor consumo en los niños ablactantes, como lo refieren las diferentes fuentes bibliográficas.

Llama la atención el porcentaje aún elevado del consumo de “Sopas” que en la alimentación infantil no son recomendados por su baja densidad energética en comparación con las preparaciones mencionadas anteriormente.

Lo positivo para rescatar es que se están considerando los segundos en la alimentación del ablactante con porcentajes que se aproximan energéticamente a las papillas ó purés.

Figura N° 08

Variedad de Preparaciones por día que reciben los Niños Ablactantes HADM 2004



Se observa la forma en que se ofrecen las preparaciones a los niños ablactantes. El mayor porcentaje (60 %) recibe preparaciones diferentes en forma interdiaria la forma más cercana a lo aceptable en alimentación infantil.

En porcentaje próximo se observan las preparaciones iguales ofrecidas interdiariamente, reflejando el problema común en alimentación del ablactante, donde las madres ofrecen una alimentación monótona en el primer año de vida del niño.

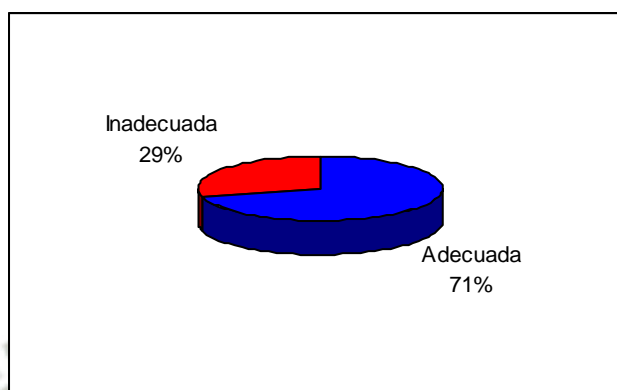
CUADRO N° 11

Variedad de Preparaciones que reciben los Niños Ablactantes HADM 2004

Variedad de Preparaciones	N° de Niños	%
Adecuada	44	71
Inadecuada	18	29
Total	62	100

Nótese que el mayor porcentaje de niños ablactantes (71 %) recibe en general una adecuada variedad de preparaciones. Rescatándose positivamente la variedad de preparaciones con adecuada densidad energética.

Figura N° 09
Variedad de Preparaciones que Reciben
Los Niños Ablactantes HADM 2004

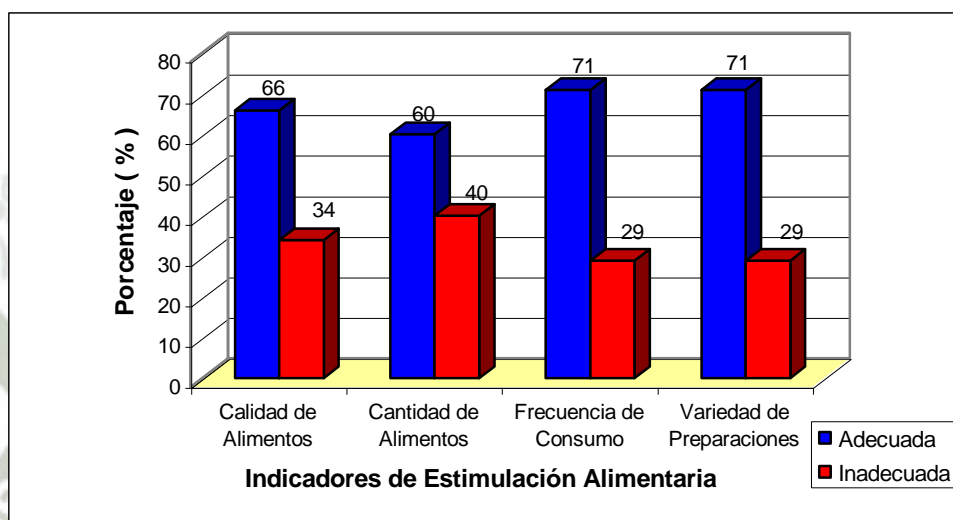


Visualizamos el mayor porcentaje de adecuación de la variedad de preparaciones y alimentos que reciben los niños ablactantes en forma conglomerada. Reflejando que la alimentación del niño ablactante está dejando de ser monótona.

“CLASIFICACIÓN DE LA ESTIMULACIÓN ALIMENTARIA”

Figura N° 10

Indicadores de Estimulación Alimentaria que reciben los Niños Ablactantes HADM 2004



En la Fig N° 10 se observa que todos los indicadores de Estimulación Alimentaria se ofrecen en forma adecuada a los niños ablactantes. Los indicadores que pueden tener mayor influencia en el incremento ponderal están referidos a la cantidad y frecuencia de consumo de preparaciones, los cuales presentan una relación porcentual aceptable.

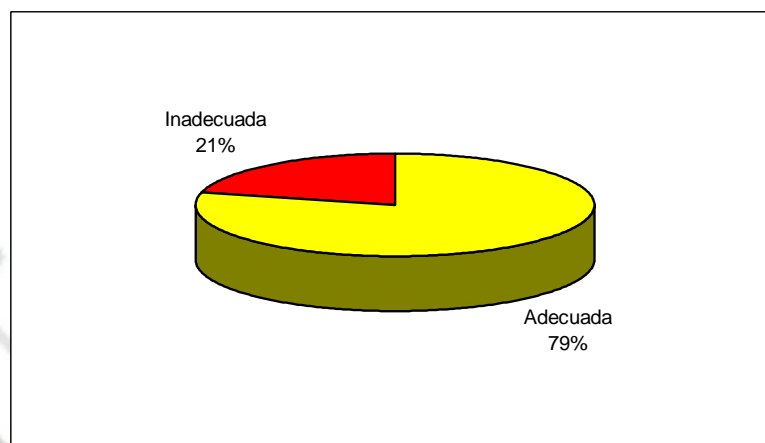
CUADRO N° 12

Clasificación de la Estimulación Alimentaria que reciben los Niños Ablactantes HADM 2004

Tipo de Estimulación Alimentaria	N° de Niños	%
Adecuada	49	79
Inadecuada	13	21
Total	62	100

En conclusión, la combinación de indicadores recibida por los niños ablactantes refleja mayor porcentaje de estimulación alimentaria adecuada.

Figura N° 11
Clasificación de la Estimulación Alimentaria
que Reciben Los Niños Ablactantes HADM 2004



La estimulación alimentaria que reciben los niños ablactantes es adecuada en un 79 %, porcentaje aceptable, pero que puede verse afectado por los porcentajes menores en el indicador Cantidad de Alimentos recibidos.

II. INCREMENTO PONDERAL.

A. Peso Corporal.

CUADRO N° 13

Peso Inicial de los Niños Ablactantes HADM 2004

Estadística	Adecuada Estimulación (Kg)	Inadecuada Estimulación (Kg)
Promedio	8.199	7.945
Mediana	8.000	7.600
Mínimo	6.850	6.750
Máximo	9.740	10.280

Nótese que el promedio y la mediana concuerdan, demostrando que la distribución es simétrica. Se observa que los promedios de peso son mayores en los niños con adecuada estimulación alimentaria 8.199 Kg.

CUADRO N° 14

Peso Final de los Niños Ablactantes HADM 2004

Estadística	Adecuada Estimulación (Kg)	Inadecuada Estimulación (Kg)
Promedio	9.048	8.699
Mediana	8.900	8.380
Mínimo	7.670	7.550
Máximo	10.470	10.920

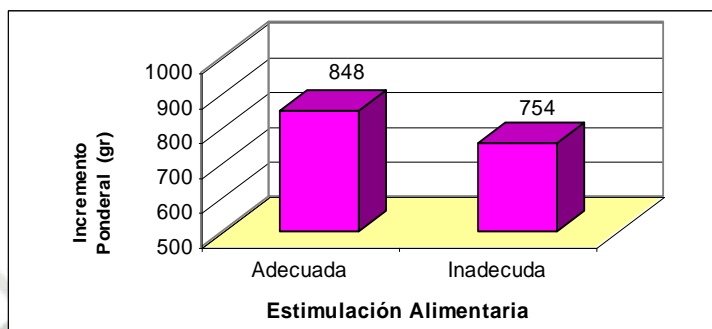
Los datos referidos al promedio y la mediana concuerdan al final del estudio.

Se observa que los pesos promedio y pesos mínimos continúan siendo mayores en el grupo de niños con adecuada estimulación alimentaria, como desde el inicio del estudio.

B. Incremento Ponderal.

Figura N° 12

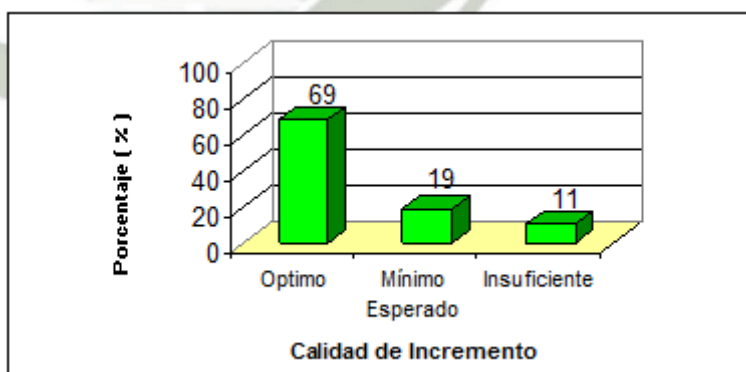
Incremento Ponderal Promedio de los Niños Ablactantes HADM 2004



Aplicando la prueba estadística de “**Diferencia entre dos medias para una distribución normal**”, se determina que el incremento ponderal promedio de los niños con adecuada estimulación alimentaria (848g) difiere significativamente del grupo de niños que recibió la estimulación alimentaria en forma inadecuada (754g), para un nivel de confiabilidad de 0.05 y probabilidad de 0.0412.

Figura N° 13

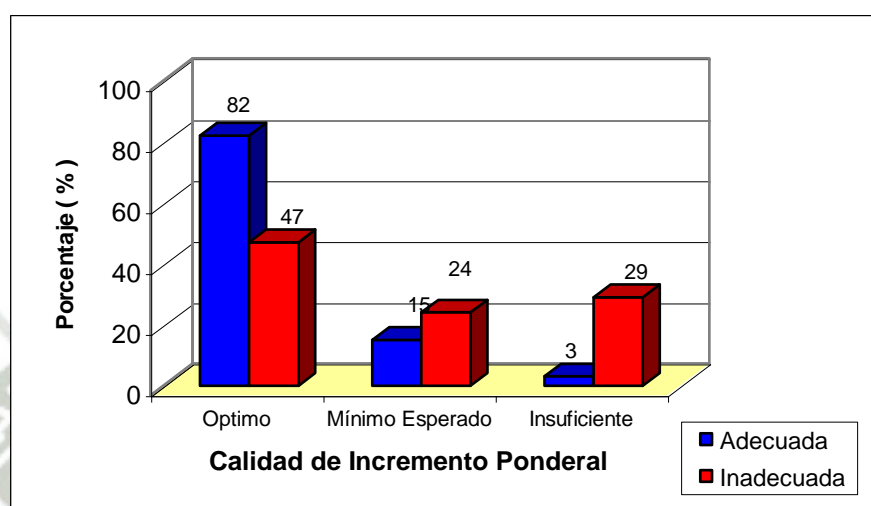
Calidad de Incremento Ponderal de los Niños Ablactantes HADM 2004



Se observan altos porcentajes de óptimo incremento ponderal, los que pueden ser el resultado del mayor porcentaje de adecuación del tipo de estimulación alimentaria que reciben los niños ablactantes.

Figura N° 14

**Calidad de Incremento Ponderal según
Estimulación Alimentaria HADM 2004**



El incremento ponderal óptimo fue logrado en mayor porcentaje (82 %) por los niños ab lactantes que recibieron adecuada estimulación alimentaria como resultado de los altos porcentajes de adecuación de los 4 indicadores de, situación inversa sucede con los niños con inadecuada estimulación quienes presentaron un incremento ponderal mínimo é insuficiente en mayores porcentajes.



CONCLUSIONES

1. Los indicadores de la Estimulación Alimentaria permiten afirmar que el 79 % de los niños ablactantes (N=49) presentan una Adecuada Estimulación Alimentaria, respecto al 21 % que presenta Inadecuada Estimulación Alimentaria.

2. Los 4 indicadores de la Estimulación Alimentaria presentan los mayores porcentajes de adecuación; Calidad de alimentos 66 %, Cantidad de alimentos 60 %, Frecuencia de consumo (alimentos y preparaciones) 71 %, Variedad de preparaciones 71 %.

3. El promedio del incremento ponderal de los niños ablactantes con adecuada estimulación alimentaria (N=49) es de 848 gramos; y el incremento ponderal de los niños con inadecuada estimulación alimentaria es de 754 gramos.

Con una prueba estadísticamente significativa se confirmó la hipótesis que la estimulación alimentaria contribuye favorablemente en el incremento ponderal de los niños ablactantes.



RECOMENDACIONES

1. Se recomienda impartir educación en Estimulación Alimentaria a madres de niños lactantes justamente antes de iniciar la ablactancia, actuando adecuadamente y en el momento oportuno.
2. Se considera importante poner énfasis en el incremento ponderal de los niños que acuden a consulta de niño sano.
3. Se sugiere establecer un programa de estimulación integral del niño en el Hospital de Apoyo Departamental Moquegua, donde el área nutricional tenga un espacio establecido para realizar estimulación alimentaria con las madres de familia.
4. Se sugiere realizar un estudio similar en niños de 1 a 3 años, periodo importante del crecimiento y desarrollo del niño.



PROPUESTA

PROGRAMA DE EDUCACIÓN EN ESTIMULACIÓN ALIMENTARIA

A. PRESENTACIÓN.

En la atención infantil el objetivo fundamental está destinado al logro de un adecuado crecimiento y desarrollo del niño; Siendo importante la atención y el trabajo con la madre de familia ó persona encargada de su cuidado. Ante ello debe existir una red de atención de salud integral del niño, la cual contribuya a la promoción y mantenimiento de la salud integral.

El programa de educación engloba diversos aspectos de gran importancia dirigido a mejorar la calidad de vida de los niños, tales como;

1. Crecimiento y Desarrollo
2. Estimulación Integral
3. Hábitos de higiene y Hábitos alimentarios
4. Afectividad, comunicación, etc.

B. OBJETIVO.

El programa de educación en Estimulación Alimentaria tiene los siguientes objetivos.

- b.1. Mantenimiento del Crecimiento y Desarrollo
- b.2. Prevención del deterioro
- b.3. Participación activa de la madre de familia

C. METODOLOGÍA.

El programa contará con 2 elementos:

c.1. Utilización de técnicas: - Demostraciones

- Redemostraciones

- Trabajo en equipo

c.2. Ejecución de promoción de la salud que incluye:

- Beneficio del adecuado crecimiento y desarrollo

- Educación alimentaria

- Beneficio de la Estimulación Alimentaria sobre el crecimiento y desarrollo.

- Formación de Grupos de Trabajo:

En coordinación con personal de enfermería del consultorio de crecimiento y desarrollo se realizarán las inscripciones y agruparan a los participantes en 4 grupos:

a. Madres y niños de 6 meses

b. Madres y niños de 7 y 8 meses

c. Madres y niños de 9 y 10 meses

d. Madres y niños de 11 y 12 meses

D. LUGAR.

Hospital de Apoyo Departamental Moquegua – Consultorio de Nutrición.

E. DURACIÓN.

Días: 2 veces por semana en 15 días

Horario: Martes y Jueves de 3 a 5 p.m

F. ACTIVIDADES EDUCATIVAS.

PRIMERA SESIÓN:

Exposición

Tema: Crecimiento y Desarrollo

Definición.- Importancia del Crecimiento y Desarrollo del Niño.- Rol del Profesional de la Salud y la Persona que cuida al Niño.- Beneficios del adecuado crecimiento y desarrollo.

Taller/Demostración:

Controlando el Crecimiento y Desarrollo del Niño

Responsables: Personal de Enfermería y Personal de Nutrición

SEGUNDA SESIÓN:

Exposición

Tema: Estado Nutricional del Niño

Definición.- Indicadores del estado nutricional.- Incremento Ponderal.-

Factores que influyen en el incremento ponderal.

Taller/Demostración:

Evaluando el Crecimiento y Desarrollo del Niño

Responsable: Personal de Nutrición

TERCERA SESIÓN:

Exposición

Tema: Estimulación Integral del Niño

Definición.- Estimulación del Área Motora.- Estimulación del Área Lenguaje.- Estimulación del Área Social.- Estimulación de la Área Cognoscitiva.- Actitud Afectiva y Comunicativa de la Relación Madre – Hijo.

Taller/Demostración:

Estimulando las 4 áreas del desarrollo del niño

Responsable: Personal de Enfermería y personal de Psicología.

CUARTA SESIÓN:

Exposición

Tema: Estimulación Alimentaria del Niño

Definición.- Estimulación Sensorial.- Indicadores de la Estimulación Alimentaria: Calidad de Alimentos.- Cantidad de Alimentos.- Frecuencia de Consumo.- Variedad de Preparaciones.

Taller/Demostración:

Preparación de la Alimentación del Niño Ablactante:

* Calidad de Alimentos a utilizar

* Cantidad de Alimentos a Servir

* Frecuencia de Consumo de Alimentos y Consumo de Preparaciones
(planificación de menús)

* Variedad de Preparaciones: Con aporte nutricional adecuada según la edad, y formas de distribuir semanalmente.

Responsable : Personal de Nutrición.





Se propone la siguiente cartilla como material de apoyo didáctico



CARTILLA DE ESTIMULACIÓN ALIMENTARIA DEL NIÑO ABLACTANTE



**ESTIMULANDO LA ALIMENTACIÓN DEL NIÑO
LOGRAREMOS QUE INCREMENTE ADECUADAMENTE DE PESO**

<p>“CALIDAD DE ALIMENTOS” QUE DEBE RECIBIR EL NIÑO</p>  <p>INCLUIR DIARIAMENTE 1 A 2 ALIMENTOS DE CADA GRUPO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Leche: fresca, evaporada, en polvo, etc • Carnes-Huevo: hígado, pollo, res, etc • Verduras: zapallo, zanahoria, espinaca • Frutas: papaya, manzana, plátano, etc • Cereales: maicena, fideos, arroz, etc • Tubérculos: papa, camote, etc • Grasas: aceite vegetal, mantequilla • Menestras (semanal): Lentejas, otras. 	<p>“CANTIDAD DE ALIMENTOS” QUE DEBE RECIBIR EL NIÑO</p>  <p>SERVIR AL NIÑO PEQUEÑA CANTIDAD DE ALIMENTOS</p> <p>Según su edad:</p> <ul style="list-style-type: none"> * 6 meses : 2 a 3 cucharadas * 7 a 8 meses : 3 a 5 cucharadas * 9 a 10 meses : 5 a 7 cucharadas * 11 a 12 meses : 7 a 10 cucharadas <p>“EN CADA COMIDA DEL DÍA”</p>
<p>“NÚMERO DE COMIDAS” PARA EL DÍA</p>  <p>Según su edad:</p> <ul style="list-style-type: none"> * 6 meses : 2 veces * 7 a 8 meses : 3 veces * 9 a 10 meses : 4 veces * 11 a 12 meses : 5 veces 	<p>“VARIEDAD DE CONSUMO”</p>  <p>SERVIR LAS PREPARACIONES Y ALIMENTOS MÁS VARIADOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Segundos, papilla, purés, mazamoras • Diferentes carnes, verduras y frutas variadas, diversos cereales, etc.

**“ESTIMULANDO ADECUADAMENTE LA ALIMENTACIÓN DEL NIÑO CON
CARIÑO Y CONOCIMIENTO LOGRAREMOS UN ADECUADO CRECIMIENTO
Y DESARROLLO.”**



Cariño + Alimentos adecuados = Adecuado crecimiento

EDAD	ACTITUD MATERNA
0 a 3 meses	Acariciarlo, mirarlo, hablarle mientras recibe la leche materna.
3 a 6 meses	Ser paciente para introducir alimentos diferentes a la leche materna.
6 a 9 meses	Permitir que el niño se ensucie, dejarlo tocar, mirar y oler la comida.
9 a 12 meses	Dejarlo tomar la comida con las manos, cuchara y vaso; Servir pequeñas porciones para evitar volcar y ensuciar. Permitir que el niño participe de la mesa familiar.

RECUERDE:

- Es importante organizar atractivamente la mesa.
- El estado emocional de la madre o persona que da de comer al niño influye en su alimentación.
- La cantidad de comida se sirve según la edad y el peso del niño.
- Ofrecer una alimentación nutritiva, variada y atractiva.
- Buscar equivalentes de alimentos cuando el niño rechace un alimento.

**“ SI SU NIÑO NO GANA PESO O NO TIENE EL PESO Y LA TALLA QUE LE
CORRESPONDE A SU EDAD, DEBE ACUDIR AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD MÁS
CERCANO”**

CRT/nut
ESC. POST GRADO
UCSM
AREQ UIPA 2004



BIBLIOGRAFIA

1. ALEJANDRO OVIEDO, OLGA MELINA; NÚÑEZ CEVALLOS MERCEDES. Estimulación temprana. Educación de los Niños menores de 5 años. UNAS Facultad Ciencias de la Educación. Unidad de segunda especialidad. Arequipa. 2003.
2. BLANCO DE ALVARADO; ORTIZ ,TERESA. Nutrición y Salud. Editorial Maxi Market 2da Edición. Lima Perú 1996
3. CORONADO ACOSTA, SANTOS. Guía Moderna de Nutrición y Cocina. Editorial DESA,S.A. 1era Edición Lima Perú.
4. CUSMINSKY y Colaboradores. Manual de Crecimiento y Desarrollo del Niño. Editorial Paltex N° 33 2da. Edición Argentina 1994
5. DONALD S. Mc LAREN. La Nutrición y sus Trastornos. Editorial El Manual Moderno, S.A de CV 2da Edición Santa Fé de Bogotá 1996.
6. DONEL, GROVER. Psicomotricidad y Evolución en la Intervención Temprana. Editorial Edibasa 2da Edición. Lima Perú 2000.
7. DORIGEN DURAN, L; NAVARRO BELTRÁN, G. Alimentación, Nutrición y Dietoterapia. Editorial Fundación SER Publicaciones. 1era Edición Santiago de Cali-Valle-Colombia 1998.

8. E. ESCUDERO Nutrición y Dietética. 3era Edición
Barcelona 1994
9. FERNÁNDEZ CONCH; HAUSTEIN DELIA. Alimentación
y Nutrición Ministerio de salud, Instituto Nacional de Salud
Centro Nacional de Alimentación y Nutrición Lima Perú
1995.
10. FERNÁNDEZ CONCHA; HAUSTEIN DELIA. Crecimiento
y Desarrollo. Ministerio de Salud, Instituto Nacional de
Salud, Centro Nacional de Alimentación y Nutrición Lima
Perú 1995
11. GUZMÁN BARRÓN; BLANCO DE ALVARADO-ORTIZ-
AYALA. Nutrición y Salud 3era Edición Santiago de Chile
1993
12. NELSON, JENNIFER K; MOXNES, KAREN E, JENSEN,
MICHAEL D, GASTINEAU, CLIFFORD F. Dietética y
Nutrición. Editorial Harcourt, Brace. 7ma Edición Madrid
España.
13. ODONEL ALEJANDRO; BENGUA, JOSÉ; TORUN,
BENJAMÍN. Nutrición y Alimentación del Niño en los
Primeros Años de Vida. Editorial Paltex OPS/OMS 1997.
14. OLIVARES SONIA. Necesidades Nutricionales y Calidad de
la Dieta. INTA Chile 1993

15. OLIVARES SONIA. Prevención de Riesgos y Tratamiento Dietético. Confelandyd Chile 1996
16. REPULLO, PICASSO. Nutrición Humana y Dietética. Editorial Marbán Libros, S.L. 2da Edición Madrid España 2004.
17. T.S CANTO DIAZ. Trastornos de la Conducta Alimentaria. Editorial Ivalleco Barcelona 2000.

HEMEROGRAFIA.

18. COLEGIO DE NUTRICIONISTAS DEL PERÚ. Crecimiento y Desarrollo: Nutrición pediátrica. Consejo Regional VI Arequipa 2003
19. Diccionario de CIENCIAS MEDICAS 9na Edición. México D.F 1992
20. INSTITUTO NACIONAL DE SALUD, Centro Nacional de Alimentación y Nutrición. Lineamientos de Nutrición Materno Infantil Lima Perú 2001.
21. MINISTERIO DE SALUD, Sub Programa de Crecimiento y Desarrollo Estimulación del Desarrollo Psicomotor, Lima Perú 1994.
22. NESTLÉ JOHNSONS JOHNSONS. Guía de alimentación infantil Lima Perú 2000

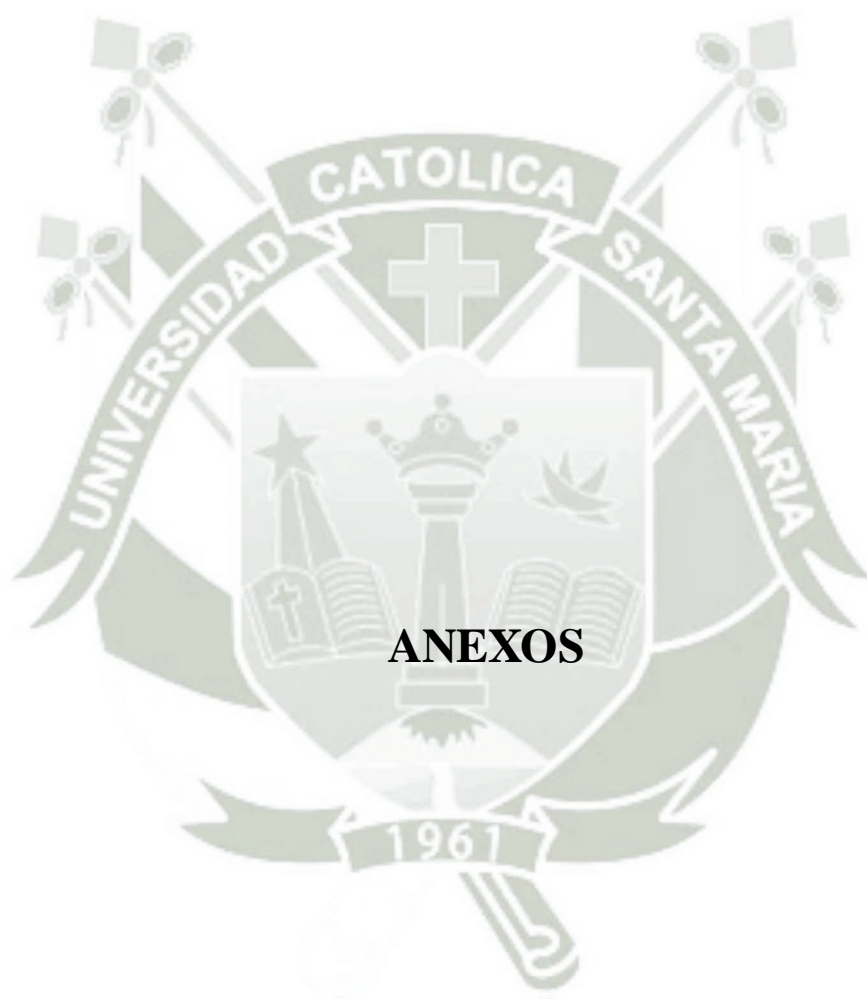
23. PUB. CIENTÍFICA CLAP N° 1304 Proyecto 2000
OPS/OMS Material de Apoyo a la Promoción, Protección y
Vigilancia de la Salud del Niño. Lima Perú 2000.
24. REVISTA CHILENA DE NUTRICIÓN Volumen 30 N° 2
Santiago de Chile Agosto. 2003
25. REVISTA La Salud del Niño Menor de 5 años: Crecimiento
y Desarrollo Volumen 1 Diciembre 2002.

PÁGINAS WEB.

26. www.aeped.es/infofamilia
27. www.alipso.com/monografias/tesis/estimulaciontemprana
28. [www.arrakies.es/aibarra/dietética](http://www.arrakies.es/aibarra/dietetica)
29. www.bebecito.com.mx
30. [www.compalencia.org/formación/cursos/pediatrica/ireneecasare
s.pdf](http://www.compalencia.org/formación/cursos/pediatrica/ireneecasare.pdf)
31. www.consumer.es/web/es/nutrición/saludyalimentacion
32. www.drscope.com/privados/pac/pediatrica
33. www.elcomercioperu.com.pe
34. [www.escuela.med.puc.c/paginas/publicaciones/manual/ped/al
imInf.html](http://www.escuela.med.puc.c/paginas/publicaciones/manual/ped/al
imInf.html)
35. [www.escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/manualped/F
altaProgPond.html](http://www.escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/manualped/F
altaProgPond.html)
36. www.geocities.com/jorgea6/dimensiones.html
37. www.hcgudg.mx/pages/nuevo/servicio/instituto

38. www.mariangeles.tripod.cl
39. www.mijo.net/enciclopedia/alimentación
40. www.miniclub.com
41. www.payson.tulane.edu
42. www.pcs.adam.com
43. www.pediatraldia.cl/comer_placer.htm
44. www.revistatuhiyoitu.com/madres
45. www.ucce.ucdavis.edu
46. www.zonapediatrica.com





ANEXOS



I. PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTA MARÍA

ESCUELA DE POST GRADO

MAESTRIA EN ESTIMULACIÓN TEMPRANA INTEGRAL



“La Estimulación Alimentaria y el Incremento Ponderal de los niños ablactantes del Hospital de Apoyo Departamental Moquegua 2004”

Bachiller CECILIA MELECIA RAMOS TORRES.

AREQUIPA PERU

2004.

I. PREÁMBULO.

Actualmente el sector salud tiene el propósito de brindar atención integral al niño menor de 5 años que acude a los establecimientos de salud ofreciéndoles un paquete de atención infantil, que incluye:

- a) Consulta de crecimiento y desarrollo
- b) Consulta nutricional
- c) Consulta dental
- d) Consulta psicológica
- e) Consulta pediátrica

En el ámbito del Hospital de Apoyo Departamental Moquegua el niño que acude al establecimiento de salud recibe la primera atención en el consultorio de niño sano donde se le realiza la evaluación del crecimiento y desarrollo. Luego los niños en edad de inicio de alimentación complementaria y los menores ablactantes que se encuentran con alteración del “crecimiento” son derivados al consultorio de nutricional para la intervención preventiva-recuperativa del “riesgo o deficiencia nutricional”. Posteriormente los niños y acompañantes son referidos al consultorio de pediatría.

En la consulta nutricional especialmente de los niños con edades comprendidas entre 6 y 12 meses se observa con frecuencia deficiente

incremento ponderal ó detención de la curva de crecimiento, indagando en la experiencia laboral ésta puede estar relacionada con la estimulación alimentaria que brinda la madre al niño ablactante.

Surgida ésta idea es que se pretende realizar el tipo de investigación referida a estimulación alimentaria y su relación con el incremento ponderal.

II. PLANTEAMIENTO TEÓRICO.

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.

1.1. Enunciado del Problema.

“La Estimulación Alimentaria y el Incremento Ponderal de Niños Ablactantes del Hospital de Apoyo Departamental Moquegua 2004”

1.2. Descripción del Problema.

El problema es referido a la estimulación alimentaria y su relación con el incremento ponderal del niño corresponde al área de salud.

El incremento ponderal del niño es influenciado por múltiples factores como psicológicos, sociales, biológicos y nutricionales, cuando uno de ellos se desequilibra éste incremento es deficiente, alterando así el crecimiento y desarrollo. En el aspecto nutricional si la estimulación alimentaria es adecuada el incremento ponderal es adecuado.

Se definen las siguientes variables:

Variable	Definición	Indicador	Definición
Estimulación Alimentaria Variable Independiente	Acto de estimular la alimentación con aprecio y conocimiento.	*Calidad de alimentos. *Cantidad de alimentos. *Frecuencia de consumo. *Variedad de preparaciones.	*Tipo de alimentos ofrecidos al niño. *Volumen de alimentos que se ofrece al niño. *Número de veces que se brinda alimentos al niño. *Diferentes formas de preparación de alimentos ofrecidas al niño.
Incremento Ponderal Variable Dependiente	Aumento de Peso corporal en determinado periodo de tiempo.	*Peso corporal	Indicador antropométrico. Medida obtenida como producto de la ingesta alimentaria.

La investigación trata de responder a las siguientes preguntas:

- ¿Cómo es la estimulación alimentaria que ofrecen las madres a los niños ablactantes del Hospital de Apoyo Departamental Moquegua?
- ¿Cómo es el incremento ponderal de los niños ablactantes del Hospital de Apoyo Departamental Moquegua?
- ¿Cómo influye la estimulación alimentaria que brinda la madre sobre el incremento ponderal del niño ablactante del Hospital de Apoyo Departamental Moquegua?

El tipo de investigación es de relación y se realizará a nivel de campo. Se estudiará a los niños ablactantes que acuden a recibir atención al consultorio de nutrición de Hospital de Apoyo Departamental Moquegua.



1.3. Justificación.

El aspecto nutricional referido al incremento ponderal del niño ab lactante es de suma importancia por cuanto influye en el crecimiento y desarrollo del niño.

El desarrollo de estas áreas están influenciadas por muchos factores dentro de ellos el Factor Nutricional.

Según estadísticas nacionales los mayores problemas nutricionales ocurren desde que el niño inicia la edad ab lactante. En ocasiones las madres o personas encargadas del cuidado del niño son las responsables de los riesgos o alteraciones nutricionales que ellos sufren puede ser debido a una inadecuada estimulación alimentaria, sea por desánimo o por desconocimiento y no exclusivamente por falta de recursos.

El trabajo es novedoso, pues no existen investigaciones en nuestro medio que tomen en cuenta este aspecto.

El presente trabajo tiene la finalidad de identificar la relación de la estimulación alimentaria con el incremento ponderal del niño.

Se pretende ser un vehículo del cual se desarrollen pautas de intervención nutricional que permitan un mejor desarrollo de la atención materna.



2. MARCO CONCEPTUAL.

1. ESTIMULACIÓN TEMPRANA

1.1 Aspectos Generales	61
1.2 Definición de Estimulación Temprana	63
1.3 Fundamentos de Estimulación Temprana	63
1.4 Áreas de Intervención	64

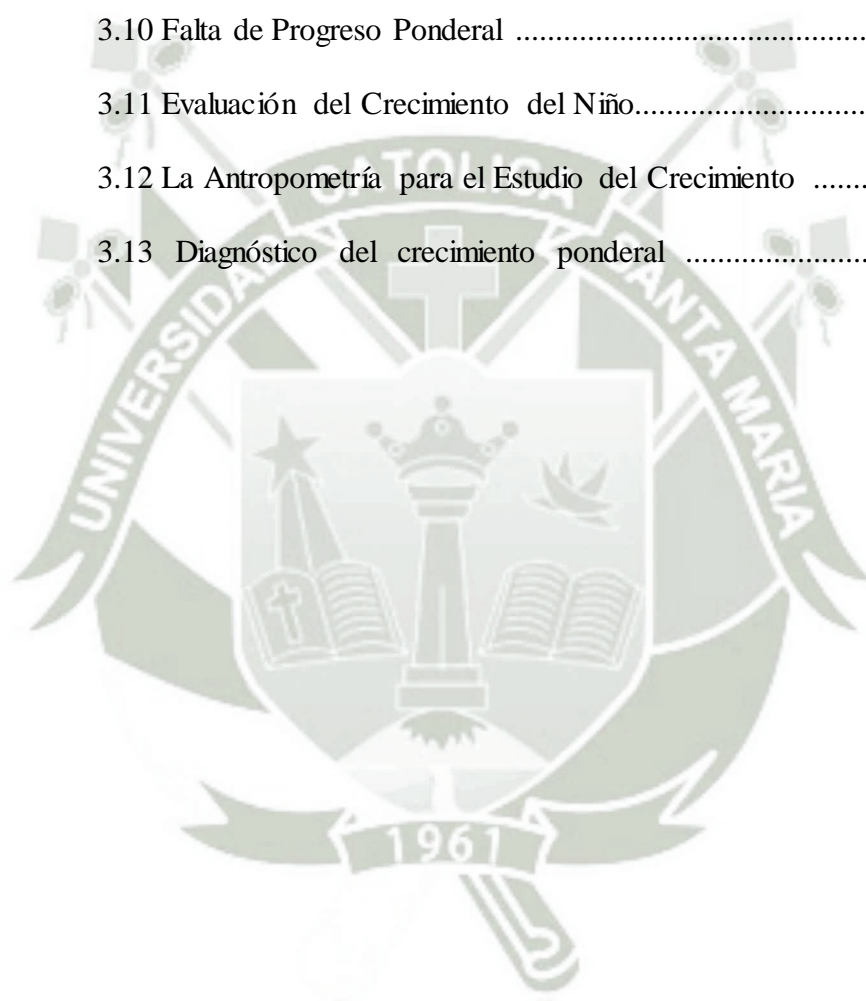
2. ALIMENTACIÓN INFANTIL

2.1 Bases Fisiológicas	68
2.2 Bases de la Alimentación	69
2.3 Etapas de la Alimentación del Recién Nacido y la Primera Infancia ...	69
2.4 Ablactancia	71
2.5 Desarrollo Alimenticio	76
2.6 Evolución de la Alimentación durante el Primer Año de Vida	77
2.7 Área Bio.Psicomotora	78
2.8 El Apetito	85
2.9 Oportunidades de Estimulación	91
2.10 Desarrollo de hábitos de Alimentación correctos.....	92

3. CRECIMIENTO Y DESARROLLO.

3.1 Definición de Crecimiento y Desarrollo	93
3.2 Periodo de Crecimiento Postnatal	94
3.3 Factores que Regulan en Crecimiento físico o ponderal.....	95
3.4 Vigilancia del Crecimiento Ponderal	97

3.5 Nociones del Ritmo de Crecimiento y Desarrollo	97
3.6 Variabilidad del crecimiento ponderal	98
3.7 Curva de Crecimiento	99
3.8 Detección de las Alteraciones de la Curva de Crecimiento	99
3.9 Retraso del Crecimiento	100
3.10 Falta de Progreso Ponderal	102
3.11 Evaluación del Crecimiento del Niño.....	106
3.12 La Antropometría para el Estudio del Crecimiento	107
3.13 Diagnóstico del crecimiento ponderal	108



MARCO TEÓRICO

1. ESTIMULACIÓN TEMPRANA. Aspectos Generales

1.1. Aspectos Generales.

La estimulación es un proceso natural, que se pone en práctica en la relación diaria con el bebé, a través de este proceso el cual debe ser dado en forma apropiada, dosificada y aplicada de acuerdo con el desarrollo del niño sin forzarlo.

De las referencias bibliográficas precedentes se desea precisar el concepto, en torno a estimulación temprana, que a continuación se detalla:

La estimulación temprana según ALEJANDRO OVIEDO Y NÚÑEZ CEVALLOS 2003, “...es el proceso de potenciación máxima de las posibilidades físicas e intelectuales del niño mediante la estimulación regulada y continua de todas las áreas sensoriales, sin forzar el curso lógico de la maduración del sistema nervioso central”

ODONEL, BENGIOA Y TORUN 1997, sobre estimulación temprana en especial precisan “... la estimulación temprana es el conjunto de acciones tendentes a proporcionar al niño con experiencias que éste

necesita desde su nacimiento, para desarrollar al máximo su potencial psicológico.”

CUSMINSKY Y COL. Menciona “La estimulación temprana sólo se refiere a la época en que se interviene en el desarrollo del niño, es decir, en los primeros años de vida”.

La estimulación tiene lugar a través de la repetición útil de diferentes eventos sensoriales que aumentan, por una parte, el control emocional proporcionando al niño una sensación de seguridad y goce, por otra amplían la habilidad mental que facilita el aprendizaje, ya que se desarrollan destrezas para estimularse así mismo a través del juego libre y del ejercicio de la curiosidad, la exploración y la imaginación. Ya que todo niño nace con la necesidad biológica de aprender y cualquier estimulación que se brinde durante los primeros 12 meses, tiene más impacto en su crecimiento cerebral que en cualquier otra etapa de la vida.

Es importante tener en cuenta que el crecimiento total de un individuo se lleva a cabo por medio de la interacción del desarrollo físico, mental, emocional y social, y la estimulación temprana producirá impacto en el crecimiento total del bebé, sin presionar ni acelerar ningún proceso de desarrollo. Para llevar a cabo el desarrollo de la estimulación se necesita del profesional, de los padres y de las personas que están en contacto con el bebé.

1.2 Definición de Estimulación Temprana

Es un acercamiento directo, simple y satisfactorio para ayudar al desarrollo del bebé, al tiempo que los padres experimentan gozo y alegría.

Son los cuidados, juegos y actividades que debemos realizar con los niños desde que están en gestación, para ayudarlos a crecer y desarrollar sanos, fuertes, inteligentes, cariñosos, seguros é independientes.

El Dr. Cusminsky y col. Definen la estimulación temprana al conjunto de acciones que, en calidad y oportunidad adecuadas, tienden a proporcionarle al niño las experiencias necesarias en los primeros años de vida para desarrollar su capacidad potencial. (5) Pág. 190

1.3 Fundamentos de la Estimulación Temprana

En la estimulación se apela al sistema sensorial del bebe, que se encuentra basado en los seis sentidos del aprendizaje y que son su contacto con el mundo exterior: visual, auditivo, táctil, olfativo, gustativo y vestibular.

Según Alejandro Oviedo y Núñez Cevallos, las experiencias tempranas que un niño obtiene a través de los sentidos influye sobre la forma como se desarrolla su cerebro. Estos hallazgos confirman el hecho de que niños estimulados tienen mayor y mejor información del

mundo que les rodea y logran un excelente manejo de las situaciones de la vida cotidiana.(1) Pág. 10

1.4 Áreas de Intervención

Sin desconocer el carácter integral del ser humano, existen en él, distintas dimensiones que evolucionan a lo largo de la vida, cubriendo diferentes etapas, hasta alcanzar la madurez. Estas dimensiones se encajan en áreas del desarrollo, sobre las que es imposible marcar una línea divisoria; cada una incide en los demás, afectando el proceso evolutivo.

- a) **Socio-emocional.** Contempla la esfera emocional y social, sobre los cuales se establece la interacción y posterior relación del niño con el mundo que lo rodea.
- b) **Motora.** Se refiere a cualquier movimiento ejecutado. El movimiento se constituye en el gran pilar del aprendizaje, la efectividad y el desarrollo intelectual.
- c) **Cognoscitiva.** Hace referencia a la forma como el ser humano conoce el medio que lo rodea y organiza la realidad. Durante los primeros meses de la vida, el conocimiento del mundo exterior depende del sistema sensorial que con el movimiento edifica el desarrollo del pensamiento.

1. **Visión.** Es a través de la visión que el bebé, descubre la luz; percibe formas y colores y además logra las percepciones de profundidad y distancia en el espacio.
2. **Audición.** El sentido del oído constituye un medio importante a través del cual el niño se relaciona con su ambiente y aprende el lenguaje.
3. **Tacto.** Por medio del tacto el niño experimenta la forma, textura, tamaño, dureza y otras características de los objetos con los que su piel entra en contacto.
4. **Olfato.** Este sentido es uno de los más desarrollados al nacer.
5. **Gusto.** El bebé posee al nacer alguna sensibilidad gustativa, que se observa en su reacción ante estímulos diferentes a la leche.¹

El bebé distingue el sabor de la leche materna de la artificial, succionando de manera diferente el biberón según la leche que éste contenga. Al probar líquidos diversos, responde con variedad de muecas, prefiriendo los sabores dulces. El olfato y el gusto están íntimamente relacionados y están bastante desarrollados al nacer. A

¹ www.alipso.com/monografias/tesis/estimulaciontemprana pág 11,16,19

través de la alimentación aprende poco a poco, a asociar olores y sabores.²

La estimulación del gusto es importante, al respecto Alejandro Oviedo y Núñez Cevallos, para estimular el gusto se hace probar diferentes sabores: mojando el chupón con diferentes infusiones y darle a probar al niño. (1)

Pág.51

El bebé prueba todo porque prefiere los alimentos, su sentido del gusto está también desarrollado como una persona adulta, puede diferenciar entre dulce, ácido y amargo.

Los receptores amargos están localizados en la parte posterior de la lengua.

Al ofrecer al bebé un alimento diferente de la leche materna o cereal, en su rostro se puede observar primero el gesto de sorpresa, después de asombro y finalmente placer o desagrado.

Si a los bebes se les da la oportunidad de diferenciar entre varios sabores, aunque prefieran los dulces, hay que tomar en cuenta que la estimulación nutricional y gustatoria que se le dé al bebé le sirve para su normal crecimiento.

Los momentos de alimentación pueden y deben ser instantes de gran calor y acercamiento humano.

² ALEJANDRO OVIEDO, Olga; NÚÑEZ CEVALLOS, Mercedes., “Estimulación temprana” pág 31

La nutrición que ocurre durante la alimentación de pecho es tan poderosa que de hecho hay correlación entre esta actividad y los desarrollos intelectuales posteriores:

- La saliva puede estimular el desarrollo motor
- Ayude a que el bebé pueda colocar su mano dentro de su campo visual y así llevársela a la boca.
- Refuerza los reflejos
- Mejora la digestión
- Mejora la cantidad y tasa de consumo.³

2. ALIMENTACIÓN INFANTIL

La alimentación infantil debe cubrir adecuadamente los requerimientos de energía y nutrientes en cada una de las etapas, a fin de promover un óptimo crecimiento y desarrollo, evitar o enfrentar oportunamente cualquier trastorno por carencia o exceso de nutrientes y favorecer el establecimiento de un patrón de alimentación sana y variada que perdure en etapas posteriores de la vida.

El primer año de vida se caracteriza por ser una etapa de rápido crecimiento y de cambios en la composición corporal.⁴

Para Escudero existe la preocupación por establecer la práctica de la alimentación infantil sobre grandes necesidades nutritivas de esta etapa de

³ www.alipso.com Op. Cit., pág 9

⁴ www.escuela.med.puc pág 2

la vida, fruto del ritmo de crecimiento, éste presenta grandes limitaciones.(

10) Pág. 135

Si la alimentación es deficiente durante un tiempo prolongado, el niño ya no podrá alcanzar un crecimiento normal de su peso, talla y posiblemente tamaño cerebral, aunque en edades posteriores se corrijan las deficiencias alimentarias. Es por ello que ofrecer una buena alimentación durante los primeros dos años de vida y especialmente durante los primeros doce meses de edad constituye una importante medida preventiva.⁵

Coronado Acosta, resalta que la alimentación del niño requiere cariño, dedicación y buena nutrición para satisfacer las necesidades que demanda su crecimiento y desarrollo.(4) Pág. 98

2.1 Bases Fisiológicas.

Los alimentos sólidos o semisólidos son rechazados por el empuje de la lengua a reflejo de extrusión , el cual desaparece entre los 4 y 6 meses, haciendo posible el inicio de la alimentación no láctea complementaria. Además, a esta edad el lactante es capaz de mantener la cabeza erguida y tiene un control parcial del tronco, lo que facilita el proceso de alimentación.

Alrededor de los 8 meses empiezan a aparecer movimientos rítmicos de masticación, lo que junto a la aparición de los primeros dientes y al desarrollo posterior de destrezas motoras finas permite la incorporación

⁵ www.hcgud.mx/pages/nuevo/servicio/instituto pág 3

gradual de alimentos semisólidos y la participación creciente del niño en el acto de alimentarse.⁶

2.2. Bases de la Alimentación.

La alimentación debe ser:

Complementaria. Que su sabor, consistencia, preparación, presentación etc. Tenga en cuenta los aspectos fisiológicos del desarrollo del niño y que esté libre de compuestos que impliquen riesgo para el organismo.

Equilibrada. Que aporte los nutrientes en proporciones adecuadas.

Suficiente. Que tenga la cantidad y variedad suficiente de todos los nutrientes requeridos para mantener un buen estado de salud.

Adecuada. Que cubra los requerimientos para todos los nutrientes.⁷

Adicionalmente Olivares Sonia hace mención que la variedad y adecuada presentación son también importantes; la incorporación progresiva de nuevos alimentos y/o preparaciones posibilita ampliar la gama de colores, sabores y olores. (16) Pág 136

2.3. Etapas de la Alimentación del Recién Nacido y la Primera Infancia.

En 1980 la American Academy of pediatrics (USA) definió las siguientes etapas de la alimentación:

⁶ www.escuela.med.puc Op. Cit., pág 4

⁷ NESTLÉ JOHNSONS & JOHNSONS., Guía de alimentación infantil Pág 22

- **Periodo Lácteo.** Caracterizado por ser la leche el único alimento.

En este periodo el lactante es capaz de succionar y deglutir pero aún no ha desarrollado la capacidad de digerir ciertas proteínas. El periodo dura aproximadamente 4 a 6 meses.

- **Periodo de Transición.** Es aquel durante el cual se van introduciendo con prudencia alimentos no lácteos, preparados de forma adecuada, en consistencia y cantidad, para no alterar el ritmo de maduración digestiva y renal, así como el progresivo desarrollo neuromuscular. Este último permitirá al niño conocer los alimentos, masticar y distinguir sabores, así como diferenciar el olor y color de los mismos.

Este periodo debe favorecer el desarrollo de los sentidos de modo que aprovechando la ampliación de la alimentación se puede pasar de succión a cuchara, lo que permitirá paladear mejor, y cambiar la textura, primero de líquido a triturado, posteriormente cuando ya tenga dientes, a troceado. De esta forma, hacia los 18 meses el niño es capaz de conocer los alimentos básicos y los gustos fundamentales: dulce, salado, ácido y amargo.

Características del periodo de transición:

- Mejora el reflujo (expulsión del alimento)
- El niño aprecia sabores
- Se aprende a deglutir
- Se van creando hábitos

- El niño elige alimentos
- Se da una maduración intestinal y renal
- ♦ **Periodo de maduración digestiva.** Durante el cual todos los mecanismos fisiológicos e inmunitarios van madurando hasta alcanzar niveles cada vez más eficaces.⁸

2.4 Ablactancia.

Etapa en la que la leche materna como único alimento resulta insuficiente, debiéndose consumir alimentos de mayor densidad calórica y otras proteínas animales y vegetales, en éste periodo la velocidad de crecimiento es alta, aunque algo menor a la de los primeros 6 meses de vida.

La introducción de alimentos sólidos puede llevarse a cabo siempre que el sistema nervioso y el tracto gastrointestinal pueda responder adecuadamente a la secuencia funcional de :

Masticación → Deglución → Digestión → Absorción.⁹

a) Definición.

Es el proceso de introducción gradual y progresiva de alimentos diferentes a la leche materna en la alimentación del niño.

Es importante que durante el proceso de ablactancia, se continúe con leche materna, debido a su excelente calidad nutritiva.

⁸ E. ESCUDERO. Nutrición y dietética Pág 135

⁹ CUSMINSKY y Colab. Manual de crecimiento y desarrollo del niño. Pág 124

En muchos países como en el Perú, las prácticas de ablactancia son inadecuadas, lo que se traduce en procesos de desnutrición desde edades tempranas.

La etapa de ablactancia es muy importante para el niño porque es la adaptación a los nuevos sabores, colores, textura y olores. Es una práctica de amor y paciencia de la madre hacia el hijo, de manera que éste disfrute del momento y no genere tensión ni rechazo.

Lo anterior no significa interrupción de la lactancia, sino que será un complemento en la alimentación.

La alimentación adecuada, además de cumplir con su función nutricia específica permite al lactante vivir la experiencia de la succión, la percepción de sabores, calor, contacto, satisfacción del hambre, etc.

b) Objetivos de la Ablactancia

- Complementar la alimentación del lactante a partir de los 6 meses de edad, para lograr su adecuado crecimiento y desarrollo.
- Iniciar al desarrollo en la adquisición de buenos hábitos de alimentación.
- Incorporar al niño progresivamente en la alimentación habitual de la familia.

c) Características de una Ablactancia adecuada.

Según Olivares Sonia, las indicaciones para la alimentación del niño, deben ajustarse a las condiciones socioeconómicas de la familia, accesibilidad y disponibilidad de alimentos, respetando los hábitos alimentarios siempre y cuando éstos sean correctos. (20) Pág. 136

- ♦ Al iniciar la ablactancia, todos los alimentos que se ofrezcan al niño deben ser de consistencia semisólido.
- ♦ Los alimentos deben administrarse en pequeñas cantidades con el fin de darle a conocer al niño los diferentes sabores, colores, olores, temperaturas y consistencias.
- ♦ Los alimentos deben tener una textura adecuada para la dentición del niño.
- ♦ La dieta debe contener una combinación adecuada de alimentos, en base a las necesidades nutritivas del niño.
- ♦ Se debe alimentar al niño 4 o 5 veces al día, debido a su poca capacidad gástrica.
- ♦ Es mejor dar preparaciones espesas (proporcionan mayor cantidad de calorías en menor volumen).
- ♦ Es necesario evitar dar alimentos líquidos primero
- ♦ Los alimentos deben ser introducidos en forma gradual y cantidad pequeña.
- ♦ Nunca se debe imponer al niño un alimento nuevo. Si éste lo rechaza al inicio uno debe tratar nuevamente, pero si sigue rechazándolo habrá que sustituirlo por otro hasta que lo acepte.

Debe recordarse que es usual la tendencia a rechazar cada alimento nuevo.¹⁰

- ♦ La alimentación debe ser variada.
- ♦ Se le debe ofrecer al niño los alimentos con cariño y paciencia, en una atmósfera agradable.
- ♦ El lactante debe aprender a masticar por lo que se deben dar los alimentos solo trozados o aplastados, ya no licuados ni colados.
- ♦ No se debe dar hasta el año: naranja, mandarina, piña, lima, limón ni fresas. Tampoco clara de huevo, chocolate, caramelos ni gaseosas, ya que todo esto podría ser causa de una alergia en forma temprana.
- ♦ Al año de edad, el niño está en condiciones de consumir la misma preparación de la familia, pero evitando condimentos irritantes.
- ♦ El intervalo de comidas oscilará entre 2 y 4 horas.¹¹
- ♦ Dorigen y Navarro sostienen que es importante no hablar delante del niño del disgusto que él muestra hacia determinados alimentos, se debe tomar con naturalidad ésta posición, no debe darse por vencido; Si se sigue ofreciendo el alimento con frecuencia y en el momento que tiene más hambre, al final aprenderá a disfrutar de su sabor.
- ♦ Se deberán entregar variedad, textura y color en las comidas.

¹⁰ DORIGEN – NAVARRO. Alimentación Nutrición y Dietoterapia. Pág. 296

¹¹ FERNÁNDEZ CONCHA – HAUSTEIN DELIA y Colab., Alimentación y nutrición Pág 55,57,58

Variedad. La planificación de menús debe ser variada, tratando de no repetir en demasía la misma comida durante una misma semana. El objetivo es que el niño no se aburra comiendo siempre lo mismo.

Color. Piense en todos los colores diferentes de los alimentos. Las comidas que presentan variedad de colores son más atractivas para los niños. El conocer colores hace más emotiva y feliz la selección del alimento y digestión del mismo.

Temperatura. En su inicio los alimentos deben tener la temperatura similar a la leche materna (37 ° C) para que los niños puedan digerir fácilmente, luego se les dará gradualmente alimentos fríos y calientes sin llegar a los extremos porque el niño no podría diferenciar los sabores de los alimentos.¹²

Textura. Incluir alimentos que sean suaves. Esto le agregará interés al alimento.

Aroma y sabor. Prepare comidas que tengan buen olor y sabor. Hornear pan o cocinar con especias como la canela son ejemplos de alimentos que estimularán los apetitos infantiles.

Selección y preparación. Cuando sea posible permitir que los niños escojan la comida que les gustaría comer. En los primeros meses se le debe proporcionar alimentos dulces, luego ácidos y salados.

¹² CORONADO ACOSTA., Guía Moderna de Nutrición y Cocina. Pág. 103

Posteriormente el niño podrá diferenciar, combinar, pedir y buscar diferentes sabores en su dieta.

2.5 Desarrollo Alimenticio.

La alimentación durante los primeros años de vida constituye un elemento vital en el desarrollo infantil. Por ello, la dieta debe ser altamente nutritiva, con el único e importante objetivo de que el niño crezca sano, fuerte e inteligente.¹³

Es necesario considerar que en el desarrollo progresivo en la capacidad de ingerir alimentos de mayor consistencia en el lactante, se distinguen tres periodos:

- a. Desde el nacimiento el niño es capaz de succionar y tragar líquidos, esta capacidad es óptima a las 16 semanas.
- b. A partir de los 4 meses aparece el reflejo de deglución, hasta ésta edad presenta reflejo de deprotrusión, que hace que el alimento introducido en la parte anterior de la cavidad bucal sea rechazado en lugar de ser deglutido. Al aparecer el reflejo de deglución el niño es capaz de ingerir alimentos más espesos como la papilla.
- c. Aumento del uso de la musculatura masticatoria. A partir de los 6 meses, el niño es capaz de ingerir alimentos más enteros, picados o trozados hasta llegar a masticar alrededor del año.

¹³ www.mihijo.net/enciclopedia/alimentacion Pág 8

d. El niño regula la cantidad de alimento a ingerir de acuerdo a su capacidad gástrica que va en aumento conforme se da su crecimiento físico.¹⁴

La motricidad, que permite al niño desarrollar gradualmente ciertas destrezas como controlar los movimientos de la cabeza, hecho que coincide con la desaparición del reflejo de protusión, facilitando la aceptación de la alimentación. También cabe mencionar la capacidad de coger los objetos (cuchara) y llevarlos a la boca, mejorando poco a poco la precisión hasta llegar a manejarlos por sí solo, logrando cierta independencia en la medida que puede comer sin ayuda de los mayores.¹⁵

Con la introducción de las papillas (purés) el niño descubre además de nuevos sabores y nuevas consistencias, algo que le llamará mucho la atención: **La Cuchara**. Es preciso darle un poco de tiempo hasta que se acostumbre, y es normal que la cuchara, de frío metal, le produzca una sensación desagradable. Enséñele al bebé a comer con ella, al principio es recomendable utilizar una cucharita pequeña y darle unas cantidades también pequeñas de papilla.

Un buen truco: calentar la cuchara con agua caliente para suavizar el contacto del metal con la boca o bien utilizar cucharas de plástico.¹⁶

2.6 Evolución de la Alimentación durante el Primer Año de Vida.

Se detalla el número de tomas aconsejadas con la edad y la cantidad por toma en los primeros 12 meses.

¹⁴ CORONADO ACOSTA., Guía Moderna de Nutrición y Cocina. Op. Cit, Pág. 98,99

¹⁵ OLIVARES, Sonia., Nutrición prevención de riesgos y tratamiento dietético. Pág 135,136

¹⁶ NESTLÉ JOHNSONS & JOHNSONS., Guía de alimentación infantil Op. Cit., pág 22

EDAD	NÚMERO DE TOMAS	CANTIDAD POR VEZ
6 meses	2 veces	2 a 3 cucharadas
7 a 8 meses	2 veces más 1 adicional	3 a 5 cucharadas
9 a 10 meses	3 veces más 1 adicional	5 a 7 cucharadas
11 a 12 meses	3 veces más 2 adicionales	7 a 10 cucharadas

17

2.7 Area Bio-psicomotora.

a) El área Bio-psicomora en el niño tiene los siguientes objetivos:¹⁸

Objetivo General:

Recibir una dieta adecuada y establecer un ritmo en su alimentación que le permitan desarrollar hábitos alimentarios y conservar una salud óptima.

Objetivos Específicos:

- o Del nacimiento a 3 meses:

Establecer un ritmo en su alimentación de acuerdo a sus necesidades.

- o De 3 a 6 meses:

¹⁷ INSTITUTO NACIONAL DE SALUD..., Lineamientos de Nutrición Materno Infantil Pág. 32

¹⁸ El objetivo es conocer las características de la alimentación según la edad para ser capaces de ofrecerles mejores estímulos para intentar alcanzar el óptimo desarrollo alimenticio. ALEJANDRO OVIEDO; NÚÑEZ CEVALLOS Op. Cit., pág 5

Brindarle una alimentación complementaria adecuada a sus necesidades.

o De 6 a 9 meses:

Brindarle una alimentación complementaria adecuada a sus necesidades; estableciendo un ritmo en su alimentación.

Practicar hábitos alimentarios.

o De 9 a 12 meses:

Brindarle una dieta adecuada con alimentos variados y diversas consistencias propios de la localidad.

Practicar hábitos alimentarios.

o De 1 a 3 años:

Recibir una alimentación balanceada.

Practicar hábitos alimentarios.

b) Acciones Sugeridas y Orientaciones:

b.1 De 3 a 6 meses:

- La leche materna es suficiente como único alimento hasta los 6 meses de edad.. El aumento del peso y talla es el mejor indicador para saber si el niño está creciendo sano y fuerte.
- En el caso de los niños que asisten a una cuna, iniciar la ablactancia con la inclusión de alimentos complementarios que conjuntamente

con la leche materna cubran las crecientes necesidades de proteínas y calorías del niño.

- Iniciar la alimentación complementaria con frutas de fácil digestión, en forma de jugos o purés; Al principio iniciar el jugo con una cucharadita hasta llegar a una onza y 2 cucharaditas de puré.
- Darle hortalizas de color verde y amarillo. Cocinar las hortalizas y luego tamizarlas o aplastarlas con un tenedor, también se puede añadir un poco de leche. Empezar con 1 o 2 cucharaditas de puré, é ir aumentando hasta llegar a 10 cucharaditas (1/2 taza)
- Comenzar con 1 o 2 verduras por vez.
- Incluir la yema de huevo. Mezclada con sopa o puré para suavizarla. Comenzar con 1/4 de yema é ir aumentando progresivamente hasta una yema entera 3 a 4 veces por semana.
- Añadir a lo anterior cereales refinados como chuño, maicena, en mazamorras y cocimientos con agregados de leche y azúcar. Comenzar con 2 cucharaditas e ir aumentando hasta llegar a 16 cucharaditas.
- Darle azúcar al inicio 2 cucharaditas al día.
- Se aconseja no dar más de un alimento por vez el mismo día para probar la tolerancia y acostumbrar el paladar del niño a los nuevos sabores.

- El rechazo no significa “no gustar”, sino puede ser “no conoce” si se insiste a comer el nuevo alimento, no forzarlo, volver a ofrecerlo los días siguientes hasta que termine por aceptarlo.
- Acompañar con la palabra todas las actividades vinculadas con la comida ejemplo: “Un pedacito de huevo”; “Que rico está el puré”.
- Darle hígado de pollo, sancochado y desmenuzado 3 a 4 veces por semana.
- Incluir en su alimentación tubérculos, al inicio 1 cucharada aumentando la cantidad poco a poco hasta llegar a media papa mediana o 3 ollucos medianos.
- Darle otros cereales, tales como sémola, avena, polenta.
- Emplear grasas agregadas a los purés de hortalizas y tubérculos. Se usará una cucharadita al ras por día.

Practicar hábitos alimentarios:

- Lavarse las manos antes y después de darle de comer
- Limpiarle la boca después de las comidas
- Darle de comer siempre a la misma hora y en brazos del adulto.

b.2 De 6 a 9 meses:

6to al 7mo mes:

- Continuar con la lactancia materna a libre demanda
- Además de los alimentos que está consumiendo:
 - Agregar otros cereales cocidos en sopas (emplear 2 cucharadas de arroz, fideos para el día).
 - Leche fresca, evaporada o en polvo, en sopas, papillas, purés o mazamorras. Se ofrecerá 1/2 taza al día en preparaciones.

7mo al 8vo mes:

- Se aumentará las cantidades de los alimentos que ya está recibiendo y se añadirán otros nuevos a su dieta (pan 1/4 de unidad, galletas 2 unidades).
- Carne: un trozo pequeño tamaño de una cajita de fósforos 5 o 6 veces por semana.
- Ofrecerle menestras en forma de puré, remojados desde el día anterior (lentejas, habas, frejol, pallar, etc) al principio 1 cucharada y aumentar hasta 3 cucharadas 1 o 2 veces por semana.
- Ofrecer frutas y hortalizas en trocitos pequeños.

8vo al 9no:

- Dar alimentos más sólidos pero picados. Empieza a comer alimentos del menú familiar sin condimentos ni mucha grasa.
- Se aumenta la cantidad de:

- Azúcar 3 cucharadas
- Menstras 2 cucharadas crudo (1 a 2 veces por semana)
- Cereales 2 cucharadas crudo.

Prácticas de hábitos alimentarios:

Además de los anteriores:

- Darle la oportunidad para que coja la cuchara durante las comidas
- Introducir el uso del vaso con cantidades pequeñas del líquido.
- Permitir que el niño tome y lleve a la boca alimentos como trocitos de pan, galleta, plátano.
- Respetar el horario establecido para las comidas
- Brindarle un ambiente agradable al momento de comer.

b.3 De 9 meses a 12 meses:

- Continuar dándole leche a libre demanda
- Continuar con la ablactancia de acuerdo al siguiente esquema:

9no al 10mo mes de vida:

- Continuar con leche materna
- Aumentar la cantidad de los siguientes alimentos:

- Leche 1 1/2 taza al día
- Hortalizas 4 hojas de espinaca
- Trozo mediano de zapallo, zanahoria
- Otras hortalizas y frutas 1 unidad chica.

10mo al 11avo mes de vida:

- Se aumenta la cantidad de los siguientes alimentos:
 - Tubérculos 1 unidad mediana de papa
 - Un trozo grande de yuca
 - Grasas y aceites 1 1/2 cucharadita.

11avo al 12avo mes de vida:

- Aumentar las cantidades de los siguientes alimentos:
 - Huevo entero 1 interdiario
 - Hortalizas verdes y amarillas
 - Frutas cítricas: naranja, maracuyá, fresas, tumbo
 - Cereales: arroz, 1 unidad de pan
 - Azúcar 4 cucharaditas al día
 - Usar las mismas preparaciones de la comida familiar pero sin condimentos.
 - Variedad e de frutas y verduras picadas y en trozos
 - Agregar postres sencillos

Practicar hábitos alimentarios:

Además de los anteriores:

- Después de la comida enjuagarle la boca con agua tibia
- Enseñarle que las golosinas se comen ocasionalmente y no como parte de las comidas o como recompensa por comer.¹⁹

2.8 El Apetito.

Es el placer de degustar, surgida de la intimidad de nuestros sentidos; aparece como una sensación condicional y educada. La regulación en la ingesta de alimentos es un proceso muy complejo. Influencias psicológicas y culturales desempeñan funciones en los mecanismos fisiológicos básicos.²⁰

Donald S. Mc Laren 1996, define “apetito es el deseo de alimentos y un estado afectivo” (7) Pág.46.

2.8.1. Factores de diversa índole que influyen en la alimentación y su práctica durante la infancia:

- **El temperamento.** No todos los niños se adaptan igual a las nuevas situaciones que suponen los cambios alimenticios.
- **La maduración neuromuscular.** La capacidad de autoalimentarse requiere que el niño sea capaz de una buena coordinación ojo-mano y de hacer una buena pinza con sus dedos índice y pulgar. Estas capacidades no

¹⁹ DONEL GROVER..., Psicomotricidad y evolución en la intervención temprana pág 22 a 30

²⁰ REPULLO PICASSO..., Nutrición Humana y Dietética Pág. 75

las desarrolla el niño hasta que cumple los 9-12 meses aproximadamente y por tanto no puede alimentarse por sí mismo.

El reflejo de extrusión que está presente desde el nacimiento hasta los 4 meses, provoca la expulsión de la boca de los sólidos. Esto puede ser malinterpretado por los padres como rechazo de la alimentación cuando se introducen sólidos o se emplea la cuchara antes de que este reflejo primitivo desaparezca.

- **Factores psicológicos.** Juegan un importante papel. Cuando el niño llega al año de edad experimenta la necesidad de una mayor autonomía y puede pretender comer solo y con las manos.

Sorprende que la mayoría de los niños considerados por sus familiares como inapetentes se encuentren bien nutridos y con una talla adecuada. En las familias de estos niños es frecuente advertir errores de concepto respecto a la nutrición infantil y no es raro que se guíen por inadecuados hábitos y tradiciones familiares que entran en conflicto con las verdaderas necesidades de desarrollo del niño.

Desde luego no es fácil abordar el problema. Un paso esencial y previo a cualquier otra actuación que busque solucionarlo, es ganarse la confianza de los padres y el niño.

La confianza de los padres se consigue cuando en un dialogo distendido se les aporta información nutricional adaptada a su capacidad de comprensión. Es muy útil que, a continuación, se les haga ver que el niño se encuentra sano y con un peso y una talla adecuadas para su sexo.

De común acuerdo deben establecerse pautas de comportamiento en relación con la duración máxima de las comidas, el volumen de las porciones de alimento, la creación de una atmósfera relajada en torno a la comida, la inclusión del niño en las conversaciones durante la comida (si tiene edad para ello), evitar los castigos y premiar las conductas satisfactorias.

Además, algunas prácticas nutricionales son útiles para aliviar conflictos: pueden buscarse "equivalentes" que sustituyan a los alimentos rechazados y si los alimentos preferidos son hipocalóricos (es decir, aportan insuficientes calorías), pueden "enriquecerse" añadiendo pequeñas cantidades de otros mejor aceptados.

El suplemento de vitaminas solo está indicado cuando se sabe o se sospecha que la dieta seguida o propuesta no las aporta en cantidades adecuadas. Aunque frecuentemente solicitado por los padres, no deben utilizarse antianoréxicos ("tónicos para las ganas de comer"); de hecho, algunos, pueden interferir con el crecimiento y limitar la talla final si se utilizan prolongadamente.

De distinta forma debe enfocarse al niño inapetente que muestra retraso del crecimiento o inadecuada nutrición. En tales casos la investigación de una posible patología es imprescindible.

Cuando el pediatra confirma una inadecuada evolución del problema nutricional o los padres se muestran insatisfechos con los resultados del

tratamiento, es conveniente la intervención de un psicólogo, un psiquiatra o un especialista en gastroenterología pediátrica.

Los temores más frecuentemente expresados por los padres respecto a la alimentación de sus hijos es que no comen lo suficiente o que el régimen que aceptan es muy selectivo (es decir que comen solo algunos pocos alimentos).

El comportamiento de los niños durante las comidas es otra causa de frecuentes conflictos. Las quejas habituales de los padres se refieren a actitudes de pereza o desinterés que las prolongan excesivamente, rechazo del alimento o vómitos provocados, sentarse con malas posturas, jugar con el alimento o mostrarse caprichoso. Las expectativas de los padres y los hábitos familiares a la mesa pueden ser las causas, en buena parte, de la aparición de estos problemas. Por ejemplo, porciones excesivas (platos muy llenos) y la obligación de consumirlas en su totalidad pueden inducir en el niño actitudes de juego con los alimentos y entretenimiento que prolongan insufriblemente las comidas.²¹

2.8.2. Otros Factores que influyen en el apetito del niño.

- Las necesidades nutritivas y propias de su edad
- La capacidad digestiva
- La manera de presentar los alimentos
- El momento en que se le presenta los alimentos

²¹ www.aeped.es/infofamilia

- El ambiente que lo rodea, y
- La actitud de la persona que va a alimentarlo.²²

2.8.3. Causas de la Falta de Apetito

Unos de los problemas que más atormentan a los padres es la falta de apetito del niño. Antes de convertir la comida en una batalla, conviene investigar las causas

Todos los padres quieren que sus hijos coman bien. Tener buen apetito es señal de salud y, además, es gratificante saber que les gusta lo que les preparamos. Por eso, cuando están inapetentes, pueden surgir verdaderos dramas familiares. ¿Por qué no comen? ¿Acaso están enfermos? ¿O lo hacen por fastidiar?.

Repasemos las posibles **causas**.

- * Pocas veces se trata de un trastorno orgánico. Sin embargo, si la inapetencia es crónica, conviene someter al pequeño a un chequeo que determine si realmente existe una causa seria.
- * Cuando el niño está incubando una enfermedad o acaba de pasarla, es muy frecuente la inapetencia, pero se curará en unos pocos días.
- * También hay temporadas que tiene menos hambre. Una de ellas es el verano, pero también pueden surgir sin causa aparente.
- * Existen dos épocas críticas para la comida. La primera empieza alrededor de los 10 meses, cuando la alimentación (fácil) toca a su fin. La

²² NESTLÉ JOHNSONS & JOHNSONS., Op. Cit., Pág 14

segunda se sitúa cerca de los dos años. Muchas veces, los padres están equivocados sobre las necesidades reales de sus hijos.

2.8.4. Otros problemas

Sin embargo, la mayoría de los conflictos a la hora de comer obedecen a causas cuyo origen hay que buscar en el aspecto emocional del niño y en sus relaciones con el entorno más próximo. Quizá al principio sólo se trate de una pequeñez, pero rápidamente se inicia un círculo vicioso: el niño se niega a comer y los padres se preocupan. Y cuando más tensos se ponen, tanto peor comerá él.

Como primera medida, hay que prestarle mucha atención y cariño fuera de las comidas. Después, se deben establecer ciertas normas como el número de comidas diarias (servir al niño poca cantidad) y quien no quiera comer, tendrá que esperar hasta la siguiente comida.

No conviene retar al pequeño, ni culparlo de nada. No debemos darle alimentos entre horas.

Es contraproducente distraerlo con trucos, cuentos, engaños. Como si comer fuese algo desagradable. A veces da buen resultado romper el círculo vicioso sirviéndole su comida favorita.

2.8.5. Estimulando el apetito

* Es muy importante que la mesa esté bien organizada y atractivamente dispuesta. Si el niño encuentra un ambiente desordenado, comerá de forma

irregular, se distraerá más y, en definitiva, no lo tomará demasiado en serio.

* Los pequeños deben comer en compañía de los adultos y participar en sus conversaciones. Así, encontrarán la comida más amena y placentera y comerán mejor.²³

2.9 Oportunidades de Estimulación.

Se describe en ¿cómo es el niño? El comportamiento esperado en el área de alimentación para una determinada edad.

Además, en actitud materna y de la familia, se destaca opciones de comportamientos y oportunidades de estimulación, que pueden hacer más grata y fácil la crianza.

Edad /Meses	¿Cómo es el niño?	Actitud Materna y de la Familia
0 a 3 meses	El amamantamiento suave y placentero como un encuentro madre hijo y como fuente de nutrición.	Acariciarlo, mirarlo, hablarle durante la alimentación.
3 a 6 meses	Es capaz de regular la cantidad de comida que necesita y expresar saciedad o disgusto	Ser paciente en la introducción de alimentos nuevos y en el uso de la cuchara.
6 a 9 meses	Es más independiente, disfruta al tomar la comida con sus manos, intenta manejar la cuchara. La atrae más tocar que comer.	Fomentar la independencia aunque se ensucie, dejarlo tocar, mirar y oler la comida.

²³ www.pediatraldia.cl/comer_placer.htm

9 a 12 meses	Ha desarrollado sus gustos y preferencias. Quiere participar en las comidas.	Tener en cuenta sus gustos a la hora de preparar la comida, sin que esto signifique desbalancear la dieta. Dejarlo tomar la comida con las manos, cuchara y vaso; servir porciones pequeñas para evitar volcar y ensuciar. Que participe de la mesa familiar.
--------------	--	---

24

2.10 Desarrollo de Hábitos Alimentarios Correctos.

Es posible desarrollar hábitos óptimos de alimentación, a continuación algunos de ellos:

- La actitud de los padres y hermanos influye sobre el deseo y la actitud del niño frente al alimento.
- La velocidad de crecimiento, las actividades motoras finas y gruesas y el desarrollo de la personalidad influyen sobre la cantidad y el tipo de alimentos ingeridos por el niño. Los utensilios necesarios y el tamaño de las porciones deben concordar con el nivel de desarrollo.
- El estrés emocional o la participación en otras actividades que interfieren con el horario de comidas puede influir sobre la ingesta

²⁴ PUB. CIENT. CLAP N° 1304 Proyecto 2000 Material de apoyo a la promoción, protección y vigilancia de la salud del niño Perú 2000 Pág 30, 31

de alimentos y nutrientes. Estas situaciones deben reducirse al mínimo o eliminarse siempre que sea posible.

- Es preciso ignorar todo comportamiento positivo, sin emplear como premio los alimentos favoritos del niño.
- Si el niño no come durante una comida, se debe esperar a la siguiente comida programada.²⁵

3. CRECIMIENTO Y DESARROLLO.

3.1. Definición.

El seguimiento del crecimiento y desarrollo del niño tiene como una de sus metas lograr que el niño llegue en plenitud a la adultez, alcanzando su máximo desarrollo. Para cumplir este logro se debe obtener a talla y el peso adecuado, estos entre otros indicadores, según la etapa en que se encuentre, obtener el peso y la talla adecuada para la edad implica el aumento de cada uno de ellos; El aumento de peso llamado también incremento ó ganancia ponderal es la expresión de un adecuado crecimiento en proporción a la talla y la edad, pero esta puede sufrir detenciones y obstáculos.²⁶

El crecimiento ha sido definido como el proceso de incremento de la masa corporal de un ser vivo, (peso y talla) que se produce por el aumento del número de células o de la masa celular y **el desarrollo** es

²⁵ NELSON-MOXNES-JENSEN..., Dietética y Nutrición. Pág 433

²⁶ OLIVARES, SONIA. Prevención de riesgos y tratamiento dietético 1996. Pag 140,141

la adquisición de habilidades y destrezas (el sentarse, caminar, hablar, etc) así como la maduración de funciones orgánicas (digestivas, neurológicas, hormonales, etc), cada sistema de nuestro organismo sigue un patrón de crecimiento y desarrollo diferente.

El factor que proporciona al organismo las bases para este crecimiento y desarrollo es la alimentación.

A diferentes edades los niños tienen temporadas en que comen bien, mucho, poco, o casi nada, y esto se relaciona en ocasiones con las diferentes etapas de crecimiento y desarrollo; en términos generales y a cualquier edad pediátrica, el incremento de peso y talla es el reflejo de una buena o mala alimentación.

El crecimiento en los primeros 5 años de vida post natal se caracteriza por una dinámica de cambio, compensación y adaptación.

3.2. Periodo de Crecimiento Postnatal.

Aunque el crecimiento es un proceso continuo el ritmo o velocidad varía a lo largo del tiempo y se pueden separar dos grandes periodos: la etapa intrauterina y el periodo post natal.

Tampoco después del nacimiento la velocidad del crecimiento y el avance madurativo siguen una marcha uniforme, de manera que se pueden diferenciar tres periodos: el periodo de crecimiento acelerado de la primera infancia, el periodo de crecimiento estables de la etapa

preescolar y el periodo de aceleración del crecimiento de la pubertad.²⁷

- Primera Infancia. Desde el nacimiento hasta los tres años de edad, y se caracteriza por un crecimiento rápido. Esta es una etapa de riesgo sensible a carencias nutricionales, infección y otras enfermedades.
- Segunda Infancia. A partir de tres años y hasta el comienzo de la puberal; La velocidad de crecimiento se mantiene constante.
- Etapa de Empuje Puberal
- Etapa de detención final del crecimiento

3.3. Factores que regulan el crecimiento físico o ponderal.

En el complejo proceso del crecimiento, participa una serie de factores relacionados con el medio ambiente y con el propio individuo. En algunas circunstancias dichos factores favorecen el crecimiento ponderal, mientras que en otras lo retrasan.

En forma general pueden agruparse los factores que regulan el crecimiento ponderal, de la siguiente manera:

- Factores nutricionales. Se refiere a la necesidad de contar con una adecuada disponibilidad de alimentos y capacidad de utilizarlos

²⁷ www.payson.tulane.edu pág 1,2

para el propio organismo, con el fin de asegurar el aumento adecuado de peso.

Tal vez la nutrición sea el factor determinante del crecimiento más importante después de los factores genéticos. El crecimiento físico depende y es el resultado de un balance positivo de energía y de nitrógeno.²⁸

Al respecto el Dr. Cusminsky y Col. “La privación nutricional produce detención del crecimiento por falta del material necesario para la formación de nuevos tejidos.” (5) Pág. 6

- Factores socio económicos. El solo hecho de contar con pocos recursos económicos tiene implicancias sobre el crecimiento.
- Factores emocionales. Se relaciona con la importancia de un ambiente psicoafectivo adecuado que el niño necesita desde su nacimiento y a lo largo del crecimiento. Los estados de carencia afectiva se traducen, entre otras manifestaciones, en la detención del crecimiento.
- Factores genéticos. Ejercen su acción en forma permanente durante el transcurso del crecimiento
- Factores neuroendocrinos. Los estados de desequilibrio en la regulación neuroendocrina pueden manifestarse a través de una aceleración o retraso del proceso de crecimiento y desarrollo.²⁹

²⁸ www.drscope.com/privados/pac/pediatrica

²⁹ CUSMINSKY y Colab. Op. Cit., pág 6,7

3.4. Vigilancia del crecimiento ponderal.

Es el medio clínico más eficaz para evaluar no sólo la nutrición y la suficiencia del régimen de alimentación, sino también la salud global de los niños.

La evaluación mensual regular del peso es esencial para obtener un registro continuado é instantáneo del proceso dinámico de crecimiento, y para que la familia pueda intervenir a tiempo al primer signo de retraso.

3.5. Nociones del Ritmo de Crecimiento y Desarrollo

Ciertos parámetros antropométricos nos orientan y sirven para valorar a la vez las múltiples necesidades nutritivas de la etapa infantil:

Peso: El peso corporal es la medida que en conjunto cumple con los mejores criterios de confiabilidad, factibilidad de una medición y de su interpretación, y refleja con mucha sensibilidad el crecimiento ponderal y el estado de salud y nutrición del niño en su primeros años de vida.

En el primer año el niño aumenta de 500 a 600 gramos por mes y en el segundo año 200 gramos por mes.

Talla. Pasa de 45 - 50 cm al nacimiento, a 75 - 80 cm al año de vida, mientras que el segundo año solo aumenta 20 - 25 cm y después 7 -10 cm por año.

Desarrollo de los sentidos. Según progresa la edad se destaca la influencia de la alimentación en el desarrollo del gusto, olfato, vista, e incluso tacto y oído.

A su vez la estimulación sensorial puede desempeñar un papel decisivo en la creación de los futuros hábitos alimentarios del individuo.³⁰

El registro del peso y la talla constituye el método más apropiado para detectar desviaciones del crecimiento.

Cuando más rápido crece el niño, más efecto deletéreo pueden tener sobre su crecimiento los factores nutricionales y las enfermedades infecciosas. La mayoría de los problemas de salud del niño de causa posnatal produce un retardo del crecimiento del peso.³¹

3.6. Variabilidad de crecimiento ponderal.

Diversos estudio reflejan que a pesar de las diferencias étnicas y ambientales entre los niños latinoamericanos el peso que presentan al nacer son más semejantes que la talla, relación que también se mantiene cuando se compara con los norteamericanos.

Varios autores señalan que en poblaciones diferentes desde el punto de vista socioeconómico y étnico, el crecimiento es semejante hasta los 5 o 6 meses, después del cual, se observa una variabilidad en los patrones de crecimiento en poblaciones en vías de desarrollo de acuerdo a la condición social y en relación a los factores ambientales

³⁰ E. ESCUDERO. Nutrición y dietética. Op. Cit., pág 136

³¹ CUSMINSKY y Colab. Op. Cit., pág 24

negativos como el destete precoz y la inadecuada introducción de alimentos.³²

3.7. Curva de Crecimiento.

Es la representación esquemática de las fases sucesivas de crecimiento por medio de una línea cuyos puntos van indicando valores variables.

La evaluación periódica del crecimiento ofrece la posibilidad de observar cómo, ante una variación positiva de las condiciones de salud y nutrición, mejoran los parámetros del crecimiento físico de los niños. Para poder evaluar la velocidad de crecimiento de un niño se tiene que hacer un crecimiento frecuente a lo largo del tiempo. Es decir que el niño debe ser pesado a intervalos regulares y frecuentes. Sólo en este caso, vamos a poder identificar en forma oportuna si el crecimiento se está apartando de su patrón normal. Cada niño tiene un patrón de crecimiento específico.³³

La curva de crecimiento es importante para el Dr. Cusminsky y Col, quien refiere “Se puede establecer un propósito y orientar una conducta según la posición del parámetro antropométrico registrado en relación con las curvas de la gráfica de crecimiento” (5) Pág. 32

3.8. Detección de las Alteraciones de la Curva de Crecimiento.

Es importante hacer una evaluación gráfica sencilla del crecimiento físico post natal del niño. Se busca que evaluar el peso diferenciando el

³² ODONEL; BENGUA; TORUN. Nutrición y alimentación en los primeros años de vida. Pág 177

³³ DORLAND. Diccionario de ciencias médicas Pág 81

crecimiento normal del anormal. Es conveniente seguir un esquema de análisis que permita dilucidar las alteraciones que presenta ese proceso.

Los procesos de crecimiento pueden manifestarse de dos maneras:

- Déficit o exceso de tamaño (resultados de una medición que excede los límites normales).
- Crecimiento anormal lento o rápido. El sentido de la curva es paralela a la curva normal de referencia.

3.9. Retraso del Crecimiento.

Se denomina retraso del crecimiento a desmedro a aquella situación clínica en la que el niño deja de progresar respecto al ritmo esperado para su edad.³⁴

Tres características definen el retraso psico-social del crecimiento: Primero una desaceleración del crecimiento lineal (sin desaceleración del incremento de peso), segundo la presencia de trastornos del sueño y tercero la existencia de hábitos alimentarios extravagantes.³⁵

El crecimiento debe considerarse anormalmente lento cuando en la entrevista actual, el peso corporal es igual o menor al que se registró en la entrevista anterior.³⁶

a) Causas Primarias.

³⁴ COLEGIO DE NUTRICIONISTAS DEL PERÚ REGIÓN AREQUIPA..., Nutrición pediátrica . Pág 13

³⁵ T.J. CANTO DIAZ “Trastornos de la conducta alimentaria” Pág 28

³⁶ CUSMINSKY Y COL. Op Cit., pág 217

Obedecen a la ingesta insuficiente o inadecuado de alimentos que generalmente se asocia a circunstancias desfavorables del entorno del niño tanto ambientales como psicosociales:

a.1 Errores en la alimentación por defecto de técnica (frecuencia desordenada, alimentos hipocalóricos, biberones mal preparados, etc)

a.2 Alteraciones en el establecimiento del vínculo madre-hijo y en el desarrollo de la conducta alimentaria del niño. El proceso de la creación de hábitos alimentarios se inicia en el periodo de total dependencia del recién nacido y culmina en la autonomía de la adolescencia; en él, es determinante la actitud de los padres para que los chicos desarrollen correctamente los mecanismos de control del apetito.

Los padres deberían enseñar a los niños a comer variedad de alimentos sanos.

a.3 La marginación social, la pobreza e ignorancia aseguran una alimentación insuficiente.

b) Causas Secundarias.

b.1 Imposibilidad de ingestión

b.2 Enfermedades que cursan con mala digestión y mala absorción

b.3 Enfermedades crónicas. ³⁷

³⁷ COLEGIO DE NUTRICIONISTAS DEL PERÚ. Op. Cit., pág 13,14

HUNGH,JOLLY 1997 hace especial referencia sobre el crecimiento compensatorio, quien menciona que es la aceleración del crecimiento que ocurre en niños que han tenido retraso del crecimiento por alguna causa una vez que esta desaparece, llevando así a la recuperación del crecimiento perdido. Es más frecuente observarlo en el peso luego de enfermedades agudas o de problemas ambientales.

3.10. Falta de progreso ponderal; El niño que no Progresa

La mayoría de los médicos se enfrentarán en algún momento de su práctica clínica con un lactante o preescolar, que presenta una detención de crecimiento sin una causa aparente. En EEUU, un 10% de los niños atendidos en la atención primaria presentan una falta de progreso ponderal. En nuestro país, no contamos con información al respecto, ya que los datos de bajo peso corresponden a cortes transversales y no a estudios de seguimiento.

3.10.1. Definición

En la actualidad existen tres criterios para definir a un niño que no progresa, todos ellos utilizan las tablas del NCHS (National Center for Health Statistics):

- * Un lactante menor de dos años que presenta en mas de una ocasión un peso para la edad (P/E) bajo el percentil 3 ó 5.
- * Un lactante menor de dos años que tiene un P/E menor de 80%.
- * Un lactante menor de dos años cuyo peso desciende dos percentiles de la curva de crecimiento.

Todos estos criterios sugieren que el niño que no progresa presenta principalmente un compromiso ponderal. Pero en algunas ocasiones éste se puede asociar también a un compromiso de talla, circunferencia craneana y retraso del desarrollo psicomotor.

3.10.2. Etiología

Los factores de riesgo que inducen a una falta de progreso ponderal pueden ser divididos en aquéllos relacionados al niño y los referentes a la familia:

a. Características del niño:

- * Ingesta inadecuada
- * Gasto metabólico aumentado
- * Mala absorción
- * Anomalías congénitas
- * Anemia

b. Características de la familia:

- * Pobreza
- * Aislamiento social
- * Prácticas de crianza o de alimentación inhabituales
- * Técnicas de alimentación inadecuadas
- * Violencia o abuso

Es importante, por lo tanto, enfatizar que al enfrentarse a un niño con falta de progreso ponderal es necesario evaluar los antecedentes médicos, de desarrollo y de comportamiento del niño, y también las características psicosociales, económicas y ambientales de la familia.

3.10.3. Evaluación de un niño que no progresa.

Cuando se evalúa un niño con falta de progreso ponderal sin causa aparente, el médico debe basar el diagnóstico en una buena anamnesis y un completo examen físico, más que en exámenes de laboratorio.

Las siguientes variables deben ser investigadas:

- * Antecedentes gestacionales y perinatales.
- * Historia alimentaria, incluyendo lactancia materna, lactancia artificial, introducción de sólidos, quién alimenta al niño, lugar y posición al alimentar, vómitos, y características de las deposiciones.
- * Desarrollo psicomotor y emocional. Rutina diaria del niño.

* Anamnesis psicosocial que incluya: composición del núcleo familiar, trabajo de los padres, ingreso familiar, posibles factores actuales o anteriores de estrés, aislamiento social, antecedentes maternos de depresión, de abuso o de abandono durante la niñez. Es importante además, evaluar las creencias de los padres respecto a la crianza.

* Historia familiar que incluya: talla, peso y desarrollo psicomotor de los padres y hermanos, antecedentes que apunten hacia una talla baja constitucional y a enfermedades hereditarias.

* Es importante evaluar si el niño tiene el apetito conservado o tiene una inapetencia reciente o habitual. La inapetencia reciente es la que invariablemente acompaña a las enfermedades agudas y por lo general es transitoria. En algunos casos puede volverse persistente debido a un mal manejo por parte de quienes alimentan al niño, como por ejemplo, obligar a comer al niño enfermo.

En todo niño que consulta por inapetencia, hay que evaluar si la alimentación cumple con los requerimientos nutricionales para la edad y si se trata de una inapetencia verdadera o de una pseudo-inapetencia o inapetencia selectiva. Para esto hay que indagar sobre qué cosas come el niño, que come con gusto y si lo fuerzan a alimentarse.

También puede tratarse de niños que tienen un apetito ondulante: unos días comen sin problemas y otros no prueban nada, tal como ocurre en los adultos, los que comen en forma variable en cuanto a cantidad y calidad. En otros casos, al niño le gustan solo los alimentos preparados

de cierta manera. Todos estos niños tienen una pseudoinapetencia y por lo general, no presentan deterioro ponderal.

Por el contrario, cuando el inventario de la alimentación revela que los nutrientes ingeridos están en forma continua por debajo de los requerimientos mínimos para la edad y además existe una falta de progreso ponderal, estamos enfrente a una inapetencia verdadera.³⁸

3.11. Evaluación del Crecimiento del Niño.

La característica fundamental del niño es la de ser un individuo en crecimiento. El registro del peso y talla constituye el método más apropiado para evaluar el crecimiento y a la vez permite realizar un diagnóstico del estado nutricional.

Técnicas e instrumentos para el Registro Antropométrico:

El Peso.

Instrumento. Balanza para pesar lactantes y niños pequeños con graduación cada 10 gramos y para niños mayores cada 100 gramos.

Técnica. Debe pesarse a los niños sin ropa (en la medida de lo posible). Se coloca al niño sobre la balanza y se efectúa la lectura hasta los 10 o 100 gramos completos según la balanza.

La Longitud Corporal. (Acostado) hasta los 24 meses de edad.

Luego se mide la estatura o talla (posición de pie).

Instrumento. Infantómetro.

³⁸ <http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/manualped/FaltaProgPond.html>

Técnica. El niño se apoya acostado sobre la superficie horizontal. El ayudante mantiene la cabeza en contacto con el extremo cefálico de dicha superficie. La persona encargada de efectuar la medición extiende las piernas del niño y desliza la superficie vertical / móvil hasta hacer contacto con los talones, se efectúa la lectura.

3.12. La antropometría para el estudio del crecimiento

Existen varios parámetros antropométricos que son fáciles de aplicar y de mucha utilidad para evaluar el crecimiento y desarrollo. La adecuación de estas mediciones se determina al compararlas con tablas de crecimiento.

Los parámetros antropométricos mas usados actualmente son:

- 1) **Peso para la edad.** El aumento de peso al crecer se produce a diferentes velocidades, dependiendo de la edad (mas rápido en los períodos rápidos de crecimiento) y de acuerdo al sexo.
- 2) **Peso para la talla.** Sirve para evaluar la calidad del estado nutricional. Existen tablas postnatales desde el nacimiento hasta 145 cm de estatura para los varones y hasta 135 cm para las mujeres.
- 3) **Talla para la edad.** Existen tablas de acuerdo a la edad y sexo. En general se acepta que lo normal es una talla entre los percentiles 10 y 90, sin embargo es importante considerar que los cambios de canal de

crecimiento del niño también pueden indicar problemas en su crecimiento.³⁹

3.13. Diagnóstico del crecimiento ponderal.

Existen dos formas para diagnósticas el crecimiento de un niño:

a) Diagnóstico de crecimiento mediante una medición.

Evalúa el peso alcanzado en función de la edad. Permite comparar la medición tomada e una edad dad en el niño con los límites establecidos como normales para esa edad (variación normal).

b) Diagnóstico del crecimiento mediante mediciones sucesivas.

Evalúa la velocidad de crecimiento. Se valora con dos o más mediciones. Si estas mediciones se ubican como puntos en una gráfica y se unen con una líneas, se obtiene así la curva de crecimiento.

En condiciones de salud el sentido de la curva deberá ser paralelo al de las curvas que limitan el área normal.

La variable peso es la más difundida para evaluar el crecimiento del niño.⁴⁰

³⁹ Rev. chil. nutr. v.30 n.2 Santiago ago. 2003 Pág 24

⁴⁰ CUSMINSKY Y Col. Op. Cit., pág 32

3. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.

En nuestro medio no existen investigaciones que tomen en cuenta el aspecto de estimulación alimentaria y su influencia en el crecimiento físico.

Se rescata un **estudio relacionado** al aspecto alimentario que realizaron Birch y Marlin en 1987 Estados Unidos, titulado **“Habilidades Motora, Ingestión de Alimentos y Crecimiento Físico”**, en el cual se expone que el niño debe aprender a aceptar una variedad de nuevos alimentos desde la segunda mitad del primer año de vida, la cual influye en el crecimiento físico.

Los investigadores refieren como resultado que la exposición repetida a un alimento es una manera muy efectiva para aumentar la aceptación de las comidas; concluyendo que se debe procurar en repetidas ocasiones enseñar al niño para que consuma alimentos nuevos sin ejercer presiones de ninguna clase.

Indican que muchas comidas novedosas inicialmente rechazadas eran finalmente aceptadas y consumidas luego de exponer repetidamente al niño a las mismas, ocasionando como consecuencia el crecimiento físico esperado.

El presente estudio destaca un aspecto relacionado a la estimulación alimentaria é incremento ponderal. La revisión bibliográfica muestra éste tipo de estudio como temas poco investigados y poco estructurados.

4. OBJETIVOS.

1. Identificar las características de la estimulación alimentaria que reciben los niños ab lactantes del Hospital de Apoyo Departamental Moquegua 2004.

2. Identificar el incremento ponderal de los niños ab lactantes del Hospital de Apoyo Departamental Moquegua 2004.

3. Determinar la influencia de la estimulación alimentaria que brinda la madre sobre el incremento ponderal del niño ab lactante del Hospital de Apoyo Departamental Moquegua 2004.

5. HIPÓTESIS:

Dado que la nutrición adecuada es un factor importante para el crecimiento y desarrollo del niño.

Es probable que en el Hospital de Apoyo Departamental Moquegua 2003 la estimulación alimentaria que reciben los niños ab lactantes contribuya a un incremento ponderal óptimo.

III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL.

1. Técnicas, Instrumentos y Materiales de Verificación.

Las técnicas empleadas para el presente estudio son elegidas según la naturaleza de las variables é indicadores planteados.

VARIABLE	INDICADOR	TECNICA	INSTRUMENTO
Estimulación Alimentaria	a. Calidad de alimentos b. Cantidad de alimentos c. Frecuencia de consumo d. Variedad de preparaciones	Entrevista (se entrevistará a las madres de niños ab lactantes)	Cédula de entrevista: Indicador: a. 1,2,3 b. 4,5,6 c. 7,8 d. 9,10
Incremento Ponderal	Peso Corporal	Observación Clínica (se observarán a los niños ab lactantes)	*Ficha de observación estructurada *Balanza Pediátrica

Se validará el instrumento “Cédula de Entrevista” con la aplicación a un grupo piloto de madres con características similares a las madres de la muestra en estudio.

2. Campo de Verificación

2.1 Ubicación espacial.

El hospital de Apoyo Departamental Moquegua pertenece a la Región de Salud de Moquegua, se encuentra ubicado en la ciudad del mismo nombre en la Av. Simón Bolívar s/n.

La infraestructura permite la atención de consulta externa, emergencia y hospitalización.

En consulta externa se ofertan los servicios materno infantiles de: Ginecología, obstetricia, pediatría, enfermería (niño sano) y nutrición.

Todo niño menor de 5 años recibe atención en consultorio de niño sano, luego nutrición para ser derivado a su atención final al consultorio de pediatría.

Según la oficina de Estadística é informática MINSA- Epidemiología de la Región de Salud Moquegua el total de la población del departamento de Moquegua es de 154,606, de los cuales 1200 pertenecen a la provincia Mariscal Nieto.

Al Hospital de Apoyo Departamental Moquegua le corresponde la jurisdicción del distrito de Moquegua, siendo para este caso la población menor de 1 año igual a 774.

La población atendida pertenece a familias que proceden generalmente de la parte alto andina de Moquegua y de la ciudad de Puno, familias que traen consigo costumbres propias de sus lugares de origen tanto referidas a salud directamente como la alimentación. Se rescata que las costumbres y creencias alimentarias desencadenan en gran parte problemas de desnutrición infantil (déficit de nutrientes)

Además es importante mencionar que gran parte de las familias no cuenta con las necesidades básicas importantes como instalación de agua potable o sistema de desagüe.

El 27.3 % de los progenitores de la población infantil atendida en el periodo de enero a diciembre del 2003 no presentan grado de instrucción, el 26.2 % presenta primaria completa y en menores porcentajes instrucción técnica ó superior.

El mayor porcentaje de los progenitores de los niños atendidos en el hospital presenta una condición laboral eventual (40.3%), un 28.0 % realiza trabajos de manera independiente, el 11.6 % tiene condición laboral estable y el 10.6 % es desempleado.

Según la categorización de la oficina de servicio social del Hospital la población atendida presenta los siguientes estándares de pobreza:

NO POBRE (necesidades básicas satisfechas) 8.3 %

BAJOS INGRESOS:

a. Pobreza reciente	17.4 %
b. Pobreza crónica	25.8 %
c. POBREZA EXTREMA	48.5 %

2.2 Ubicación temporal.

El presente es un estudio coyuntural, su aplicación se realizará durante el periodo comprendido entre los meses de febrero y mayo del año 2004.

2.3 Unidades de estudio

Las unidades de estudio son los niños en edad de ablactancia (de 6 a 12 meses) que acuden a recibir atención a los consultorios de crecimiento y desarrollo y nutrición del Hospital de Apoyo Departamental Moquegua.

Los reportes estadísticos de **atención anual** en el Hospital de Apoyo Departamental Moquegua del grupo de edad menor de 1 año (29 días a 11 meses) detallan 402 niños, representando un aproximado **mensual** de 33 atendidos.

Considerando los reportes estadísticos de referencia se puede obtener una población manejable; por lo tanto se decide trabajar con el 100 % de la población infantil clínicamente sana del grupo etáreo de 6 12 meses que acuda a recibir consulta en el periodo de febrero a mayo del 2004, constituyendo las unidades de estudio en un total de 90 niños.



ANEXO N° 1
CEDULA DE ENTREVISTA

PRÁCTICAS DE ESTIMULACIÓN ALIMENTARIA EN EL NIÑO
ABLACTANTE

I. Datos Generales:

Nombres y Apellidos del Niño:

Fecha de Nacimiento:

Características de la Estimulación Alimentaria.

A. Calidad de Alimentos.

1. Su bebé recibe Leche: Si ₁ () No ()
2. Tipo de Leche: Materna ₃ () Entera de Vaca ₂ ()
 Evaporada ₂ () Otra ₁ ()
 Cual:.....

3. Que alimentos recibe su bebé:

- a. Carne, huevo ₂ ()
 b. Menestras ₁ ()
 c. Verduras-frutas ₁ ()
 d. Tubérculos-cereales ₁ ()
 e. Grasas ()

B. Cantidad de Alimentos.

4. Qué cantidad de otra leche diferente a la materna recibe su bebé:

- a. Menor de 2 biberones ()
 b. 2 biberones ()
 c. 3 biberones ()
 d. Más de 3 biberones () Según edad ₃

5. Qué cantidad de comida le sirve a su bebé en las comidas principales:

- a. Menos de 2 cucharadas ()
 b. 2 a 3 cucharadas ()
 c. 3 a 5 cucharadas ()
 d. 5 a 7 cucharadas () Según edad ₅

6. Qué cantidad de comida le sirve a su bebé en las comidas adicionales:

- a. Menos de 2 cucharadas ()
- b. 2 a 3 cucharadas ()
- c. 3 a 5 cucharadas ()
- d. 5 a 7 cucharadas ()

Según edad ₂

C. Frecuencia de Consumo.

7. Con qué frecuencia sirve comidas a su bebé (no incluye leche)?

- a. Menos de 2 veces ()
- b. 2 veces ()
- c. 3 veces ()
- d. 3 veces más 1 adicional ()

Según edad ₃

8. Con qué frecuencia sirve los siguientes alimentos a su bebé (no incluye leche)?

- a. Carne-huevo ()
- b. Menestra ()
- c. Verduras-frutas ()
- d. Cereales-tubérculos ()
- e. Grasas ()

Según edad ₃

(D= diario I=interdiario S=semanal Q=quincenal E=esporádicamente)

D. Variedad de Preparaciones.

9. Qué tipo de preparaciones le sirve más veces a su bebé.

- a. Sopas ₀ ()
- b. Segundos ₂ ()
- c. Papillas ₂ ()
- d. Purés ₁ ()
- e. Mazamorras ₁ ()

10. Cómo sirve las comidas a su bebé:

- a. Diferentes preparaciones todos los días ₄ ()
- b. Diferentes preparaciones interdiario ₃ ()
- c. Preparaciones iguales interdiario ₂ ()
- d. Preparaciones igual todos los días ₁ ()

ANEXO N° 2.

FICHA DE OBSERVACIÓN ANTROPOMÉTRICA

1. Datos Generales:

Nombres y Apellidos:

Fecha de Nacimiento:

Fecha actual:

2. Datos antropométricos:

Control	Fecha	Edad (Meses)	Peso (kg)	Incremento Ponderal (gramos)
1ero.				XXXXXXXXXXXXXXXXXX
2do.				
3ero.				
4to.				

3. Estrategias de recolección de datos.

La recolección de datos para las variables de estudio será exclusivamente por parte de la suscrita.

Para la recolección de datos de la primera variable se empleará la entrevista aplicando la Cédula de entrevista estructurada a las madres de los niños ablactantes de 6 a 12 meses que acuden a recibir la primera atención para el estudio en el consultorio de niño sano en el periodo comprendido entre febrero y mayo del 2004.

Los datos de la segunda variable se obtendrá a través de la toma de peso de los niños ablactantes en la primera y la última atención.

Respecto a los recursos:

- a) Humanos: Niños ablactantes
Madres de familia
Personal de apoyo de consultorio niño sano
Investigador
- b) Físicos:
Los necesarios para la recolección de datos están referidos al apoyo logístico para la elaboración de la cédula de entrevista estructurada y la ficha de observación antropométrica.
- c) Equipo:
Balanza pediátrica

Previo a la recolección de datos se contará con la autorización de la dirección del Hospital de Apoyo Dptal. Moquegua.

El proceso de recolección de datos se inicia con la preparación de las unidades de estudio a quienes se les informa sobre la finalidad y la ejecución del estudio.

Luego:

- a) Obtención de peso del niño ablactante de 6 a 12 meses de acuerdo a las técnicas antropométricas adecuadas empleando la ficha de observación antropométrica.
- b) Obtención de las características de la estimulación alimentaria mediante la entrevista estructurada aplicada a las madres de los niños ablactantes.

Los resultados de la investigación permitirán identificar y caracterizar el proceso de formulación de los resultados de la investigación.

- a) Sistematización de datos (cálculos estadísticos, cuadros y gráficos, etc)
- b) Estudio de los datos sistematizados (análisis é interpretación de datos)
- c) Conclusiones
- d) Recomendaciones propuestas
- e) Resumen.

4. Manejo de Resultados.

ESCALA DE CALIFICACIÓN.

A. Variable: Estimulación Alimentaria.

Indicadores: Calidad de alimentos, Cantidad de Alimentos, Frecuencia de Consumo, Variedad de Preparaciones.

CALIDAD DE ALIMENTOS:

Puntaje	Criterio	Calificación
10	Consume leche materna, Proteína de origen animal y vegetal, Verduras-Frutas, Cereales-Tubérculos, Grasas	Adecuada
9	Consume leche materna, Proteína de origen animal, Verduras-Frutas, Cereales-Tubérculos, Grasas. Ó Consume leche entera, Proteína de origen animal y vegetal, Verduras-Frutas, Cereales-Tubérculos, Grasas	Adecuada
8	Consume leche materna, Proteína de origen animal, Verduras-Frutas, Cereales-Tubérculos. Ó Consume leche materna, Proteína de origen vegetal, Verduras-Frutas, Cereales-Tubérculos, Grasas. Ó Consume leche entera, Proteína de origen animal, Verduras-Frutas, Cereales-Tubérculos, Grasas. Ó Consume leche entera, Proteína de origen animal y vegetal, Verduras-Frutas, Cereales-Tubérculos, Grasas	Adecuada
7	Consume leche materna, Verduras-Frutas, Cereales-Tubérculos, Grasas. Ó Consume leche materna, Proteína de origen	Adecuada

	<p>vegetal, Verduras-Frutas, Cereales-Tubérculos. Ó</p> <p>Consume leche entera, Proteína de origen animal, Verduras-Frutas, Cereales-Tubérculos. Ó</p> <p>Consume leche entera, Proteína de origen vegetal, Verduras-Frutas, Cereales-Tubérculos, Grasas. Ó</p> <p>Consume leche evaporada ú otra, Proteína de origen animal, Verduras-Frutas, Cereales-Tubérculos, Grasas</p>	
6	<p>Consume leche materna, Verduras-Frutas, Cereales-Tubérculos. Ó</p> <p>Consume leche entera, Verduras-Frutas, Cereales-Tubérculos, Grasas. Ó</p> <p>Consume leche entera, Proteína de origen vegetal, Verduras-Frutas, Cereales-Tubérculos. Ó</p> <p>Consume leche evaporada ú otra, Proteína de origen animal, Verduras-Frutas, Cereales-Tubérculos. Ó</p> <p>Consume leche evaporada ú otra, Proteína de origen vegetal, Verduras-Frutas, Cereales-Tubérculos, Grasas. Ó</p> <p>No Consume leche. Consume Proteína de origen animal y vegetal, Verduras-Frutas, Cereales-Tubérculos, Grasas</p>	Inadecuada
5	<p>Consume leche entera, Verduras-Frutas, Cereales-Tubérculos. Ó</p> <p>Consume leche evaporada ú otra, Verduras-Frutas, Cereales-Tubérculos, grasa. Ó</p> <p>Consume leche evaporada ú otra, Proteína de origen vegetal, Verduras-Frutas, Cereales-Tubérculos. Ó</p> <p>No consume leche. Consume Proteína de origen animal, Verduras-Frutas, Cereales-Tubérculos, Grasas</p>	Inadecuada
4	<p>Consume leche evaporada ú otra, Verduras-Frutas, Cereales-Tubérculos. Ó</p> <p>No consume leche. Consume Proteína de origen animal, Verduras-Frutas, Cereales-Tubérculos. Ó</p> <p>No consume leche. Consume Proteína de origen vegetal, Verduras-Frutas, Cereales-Tubérculos, Grasas.</p>	Inadecuada
3	No consume leche. Consume Verduras-Frutas,	

	Cereales-Tubérculos, Grasas. Ó No consume leche. Consume Proteína de origen vegetal, Verduras-Frutas, Cereales- Tubérculos.	
2	No consume leche. Consume Verduras-Frutas, Cereales-Tubérculos.	Inadecuada
1	No consume leche. Consume Verduras-Frutas, Cereales-Tubérculos.	Inadecuada
0	No consume leche. No Consume Proteína de origen animal y vegetal, Verduras-Frutas, Cereales-Tubérculos.	Inadecuada

CANTIDAD DE ALIMENTOS:

EDAD	Puntaje	Criterio	Calificación
Menor de 8 Meses	10	Cantidad de leche adecuada; Cantidad de Comida Principal Adecuada.	Adecuada
	5	Cantidad de leche adecuada; Cantidad de Comida Principal Inadecuada. Ó Cantidad de leche inadecuada; Cantidad de Comida Principal Adecuada.	Inadecuada
	0	Cantidad de leche inadecuada; Cantidad de Comida Principal Inadecuada.	Inadecuada
Mayor de 8 Meses	13	Cantidad de leche adecuada; Cantidad de Comida Principal adecuada, cantidad de comida adicional adecuada.	Adecuada
	10	Cantidad de leche inadecuada; Cantidad de Comida Principal adecuada, cantidad de comida adicional adecuada.	Adecuada
	8	Cantidad de leche adecuada; Cantidad de Comida Principal inadecuada, cantidad de comida adicional adecuada.Ó	Inadecuada

	5	Cantidad de leche inadecuada; Cantidad de Comida Principal inadecuada, cantidad de comida adicional adecuada. Ó Cantidad de leche inadecuada; Cantidad de Comida Principal adecuada, cantidad de comida adicional inadecuada.	Inadecuada
	0	Cantidad de leche inadecuada; Cantidad de Comida Principal inadecuada, cantidad de comida adicional inadecuada.	Inadecuada

FRECUENCIA DE CONSUMO:

Puntaje	Criterio	Calificación
6	Frecuencia de Consumo de Preparaciones adecuada según edad Frecuencia de Consumo de Alimentos (adecuada): Carne diario ó interdiario Menestra Semanal o quincenal Verduras-Frutas Diario Cereales-Tubérculos Diario Grasas diario ó interdiario	Adecuada
3	Frecuencia de Consumo de Preparaciones adecuada según edad Frecuencia de Consumo de Alimentos (inadecuada): Carne, interdiario, o no consume Menestra esporádicamente o no consume Verduras-Frutas diario Cereales-Tubérculos diario Grasas esporádico o no consume	Inadecuada
0	Frecuencia de Consumo de Preparaciones inadecuada según edad Frecuencia de Consumo de Alimentos (inadecuada): Carne interdiario o no consume Menestra esporádicamente ó no consume Verduras-Frutas Diario Cereales-Tubérculos Diario Grasas esporádicamente o no consume	Inadecuada

VARIEDAD DE PREPARACIONES:

Puntaje	Criterio	Calificación
10	Recibe sopa, segundo, papilla, puré, mazamorra; Preparaciones diferentes a diario. Ó Recibe segundo, papilla, puré, mazamorra; Preparaciones diferentes a diario	Adecuada
9	Recibe segundo, papilla, puré, mazamorra; Preparaciones diferentes interdiario. Ó Recibe segundo, papilla, mazamorra; Preparaciones diferentes a diario. Ó Recibe segundo, papilla, puré; Preparaciones diferentes a diario	Adecuada
8	Recibe segundo, papilla, puré, mazamorra; Preparaciones iguales interdiario. Ó Recibe segundo, papilla, puré, mazamorra; Preparaciones diferentes interdiario. Ó Recibe segundo, papilla, mazamorra; Preparaciones diferentes interdiario. Ó Recibe segundo, papilla, puré; Preparaciones diferentes interdiario. Ó Recibe sopa, segundo, papilla; Preparaciones diferentes diario. Ó Recibe sopa, segundo, puré, mazamorra; Preparaciones diferentes diario. Ó Recibe sopa, segundo, papilla; Preparaciones diferentes interdiario. Ó Recibe sopa, papilla, puré, mazamorra; Preparaciones diferentes diario. Ó Recibe sopa, papilla, mazamorra; Preparaciones diferentes interdiario. Ó Recibe segundo, puré, mazamorra; Preparaciones diferentes diario. Ó Recibe sopa, segundo, papilla, puré, mazamorra; Preparaciones iguales interdiario. Ó Recibe papilla, puré, mazamorra; Preparaciones diferentes a diario. Ó	Adecuada

7	<p>Recibe sopa, segundo, papilla, puré, mazamorra; Preparaciones iguales a diario. Ó</p> <p>Recibe sopa, segundo, papilla, puré; Preparaciones diferentes interdiario. Ó</p> <p>Recibe segundo, papilla, puré, mazamorra; Preparaciones iguales a diario. Ó</p> <p>Recibe segundo, papilla, mazamorra; Preparaciones diferentes interdiario. Ó</p> <p>Recibe segundo, papilla, puré; Preparaciones diferentes interdiario. Ó</p> <p>Recibe segundo, papilla; Preparaciones diferentes interdiario. Ó</p> <p>Recibe sopa, segundo, puré, mazamorra; Preparaciones diferentes interdiario. Ó</p> <p>Recibe sopa, papilla, puré, mazamorra; Preparaciones diferentes interdiario. Ó</p> <p>Recibe sopa, segundo, mazamorra; Preparaciones diferentes a diario. Ó</p> <p>Recibe segundo, puré, mazamorra; Preparaciones diferentes interdiario. Ó</p> <p>Recibe papilla, puré, mazamorra; Preparaciones diferentes interdiario. Ó</p> <p>Recibe sopa, papilla, puré, mazamorra; Preparaciones diferentes interdiario. Ó</p> <p>Recibe sopa, papilla, mazamorra; Preparaciones diferentes diario. Ó</p> <p>Recibe segundo, mazamorra; Preparaciones diferentes a diario. Ó</p> <p>Recibe papilla, mazamorra; Preparaciones diferentes a diario. Ó</p> <p>Recibe papilla, puré, mazamorra; Preparaciones diferentes interdiario.</p>	Adecuada
6	<p>Recibe sopa, papilla, mazamorra; Preparaciones Iguales diario. Ó</p> <p>Recibe segundo, papilla, puré; Preparaciones Iguales a diario. Ó</p> <p>Recibe sopa, segundo, puré, mazamorra; Preparaciones Iguales interdiario. Ó</p> <p>Recibe sopa, papilla, puré, mazamorra; Preparaciones iguales interdiario. Ó</p> <p>Recibe segundo, puré, mazamorra; Preparaciones iguales interdiario. Ó</p> <p>Recibe papilla, puré, mazamorra; Preparaciones iguales interdiario. Ó</p> <p>Recibe sopa, segundo, mazamorra; Preparaciones diferentes interdiario. Ó</p>	Adecuada

	<p>Recibe sopa, segundo, puré; Preparaciones diferentes interdiario.</p> <p>Recibe sopa, papilla, mazamorra; Preparaciones diferentes interdiario. Ó</p> <p>Recibe segundo, mazamorra; Preparaciones diferentes interdiario. Ó</p> <p>Recibe papilla, mazamorra; Preparaciones diferentes interdiario. Ó</p> <p>Recibe sopa, puré, mazamorra; Preparaciones diferentes a diario. Ó</p> <p>Recibe puré, mazamorra; Preparaciones diferentes a diario.</p>	
5	<p>Recibe sopa, segundo, puré, mazamorra; Preparaciones iguales a diario. Ó</p> <p>Recibe sopa, papilla, puré, mazamorra; Preparaciones iguales a diario. Ó</p> <p>Recibe segundo, puré, mazamorra; Preparaciones iguales a diario. Ó</p> <p>Recibe papilla, puré, mazamorra; Preparaciones iguales a diario. Ó</p> <p>Recibe sopa, papilla, puré; Preparaciones iguales interdiario. Ó</p> <p>Recibe sopa, papilla, mazamorra; Preparaciones iguales interdiario. Ó</p> <p>Recibe segundo, mazamorra; Preparaciones iguales interdiario. Ó</p> <p>Recibe papilla, mazamorra; Preparaciones iguales interdiario. Ó</p> <p>Recibe papilla, puré; Preparaciones iguales interdiario. Ó</p> <p>Recibe sopa, puré, mazamorra; Preparaciones diferentes interdiario. Ó</p> <p>Recibe puré, mazamorra; Preparaciones diferentes interdiario. Ó</p> <p>Recibe papilla; Preparaciones diferentes interdiario. Ó</p> <p>Recibe sopa, mazamorra; Preparaciones diferentes a diario. Ó</p> <p>Recibe mazamorra; Preparaciones diferentes a diario. Ó</p> <p>Recibe sopa, puré; Preparaciones diferentes a diario. Ó</p> <p>Recibe puré; Preparaciones diferentes a diario. Ó</p> <p>Recibe sopa, papilla; Preparaciones diferentes interdiario.....</p>	Inadecuada

4	<p>Recibe sopa, papilla, mazamorra; Preparaciones iguales a diario. Ó</p> <p>Recibe segundo, mazamorra; Preparaciones iguales a diario. Ó</p> <p>Recibe papilla, mazamorra; Preparaciones iguales a diario. Ó</p> <p>Recibe sopa, puré, mazamorra; Preparaciones iguales interdiario. Ó</p> <p>Recibe puré, mazamorra; Preparaciones iguales interdiario. Ó</p> <p>Recibe sopa, mazamorra; Preparaciones diferentes interdiario. Ó</p> <p>Recibe mazamorra; Preparaciones diferentes interdiario. Ó</p> <p>Recibe sopa, puré; Preparaciones diferentes interdiario. Ó</p> <p>Recibe purés; Preparaciones diferentes interdiario. Ó</p> <p>Recibe sopa, papilla; Preparaciones iguales interdiario. Ó</p> <p>Recibe papilla; Preparaciones iguales interdiario.</p>	Inadecuada
3	<p>Recibe sopa, puré, mazamorra; Preparaciones iguales a diario. Ó</p> <p>Recibe puré, mazamorra; Preparaciones iguales a diario. Ó</p> <p>Recibe sopa, mazamorra; Preparaciones iguales interdiario. Ó</p> <p>Recibe mazamorra; Preparaciones iguales interdiario. Ó</p> <p>Recibe sopa, puré; Preparaciones iguales interdiario. Ó</p> <p>Recibe puré; Preparaciones iguales interdiario.</p>	Inadecuado
2	<p>Recibe sopa, mazamorra; Preparaciones iguales a diario. Ó</p> <p>Recibe mazamorra; Preparaciones iguales a diario. Ó</p> <p>Recibe sopa, puré; Preparaciones iguales a diario. Ó</p> <p>Recibe puré; Preparaciones iguales a diario. Ó</p> <p>Recibe sopa; Preparaciones iguales interdiario.</p>	Inadecuado

B. Variable: Incremento Ponderal

Indicador: Peso Corporal

Esta variable no es calificada numéricamente igual para todas las unidades de estudio.

El **incremento ponderal** se califica individualmente según el “**Peso Inicial**” (peso previo) de cada niño, utilizando la “Tabla de Incremento de Peso Previo en gramos”, confeccionadas por el CLAP Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano Montevideo Uruguay. OPS – OMS 1994.



IV. CRONOGRAMA DE TRABAJO.

Actividad / Fecha	Febrero				Marzo				Abril				Mayo				Junio				Julio			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1. Recolección de datos	X	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x								
2. Estructuración de resultados																	x	x	x	x	x	x	x	x
3. Informe Final																					x	x	x	x



II. MATRIZ DE DATOS

Matriz de Datos

Variable: ESTIMULACIÓN ALIMENTARIA

Indicador: CALIDAD DE ALIMENTOS

Unidad de estudio	Recibe Leche		Tipo de Leche				Tipo de Alimentos					Puntaje	Calificación
	Si ₁	No	₃ Materna	₂ Entera	₁ Evaporada	₁ Otra	₂ Carne	₁ Menestra	₁ Verduras Frutas	₁ Cereales Tubérculos	₁ Grasas		
1	X				X		X	**	X	X	X	7	Adecuada
2	X		X				X	X	X	X	X	10	Adecuada
3	X				X		X	X	X	X	**	7	Adecuada
4	X		X				X	X	X	X	X	10	Adecuada
5	X		X				X	X	X	X	X	10	Adecuada
6		X					X	**	X	X	X	5	Inadecuada
7	X			X			X	X	X	X	X	9	Adecuada
8	X				X		X	X	X	X	**	7	Adecuada
9	X			X			X	X	X	X	X	9	Adecuada
10	X			X			X	**	X	X	X	8	Adecuada
11	X			X			**	**	X	X	X	6	Inadecuada
12	X			X			**	**	X	X	X	6	Inadecuada
13	X					X	X	**	X	X	**	6	Inadecuada
14	X		X				X	**	X	X	X	9	Adecuada
15	X		X				**	X	X	X	**	7	Adecuada
16	X		X				X	**	X	X	X	9	Adecuada
17		X					X	**	X	X	X	5	Inadecuada
18	X			X			X	X	X	X	X	9	Adecuada
19	X			X			X	X	X	X	X	9	Adecuada
20		X					X	X	X	X	X	6	Inadecuada
21	X		X				**	X	X	X	**	7	Adecuada
22	X		X				X	X	X	X	X	10	Adecuada
23	X		X				X	X	X	X	X	10	Adecuada
24	X			X			**	X	X	X	**	6	Inadecuada
25		X					X	**	X	X	X	5	Inadecuada
26	X					X	X	X	X	X	**	7	Adecuada
27		X					**	X	X	X	X	4	Inadecuada
28	X			X			X	**	X	X	X	8	Adecuada
29	X				X		X	**	X	X	X	7	Adecuada
30	X			X			X	X	X	X	X	9	Adecuada
31		X					X	X	X	X	X	6	Inadecuada

32	X		X				X	X	X	X	**	9	Adecuada
33	X			X			X	X	X	X	X	9	Adecuada
34		X					X	X	X	X	X	6	Inadecuada
35	X				X		X	X	X	X	X	8	Adecuada
36	X			X			X	X	X	X	X	9	Adecuada
37	X		X				**	**	X	X	**	6	Inadecuada
38	X			X			X	X	X	X	X	9	Adecuada
39		X					**	X	X	X	X	4	Inadecuada
40	X		X				X	X	X	X	X	10	Adecuada
41	X			X			X	X	X	X	**	8	Adecuada
42	X				X		X	X	X	X	X	8	Adecuada
43	X			X			X	X	X	X	X	9	Adecuada
44	X				X		X	X	X	X	X	8	Adecuada
45	X					X	**	X	X	X	X	6	Inadecuada
46		X					X	X	X	X	X	6	Inadecuada
47	X			X			X	X	X	X	X	9	Adecuada
48		X					X	**	X	X	X	5	Inadecuada
49	X			X			X	X	X	X	X	9	Adecuada
50	X			X			X	X	X	X	X	9	Adecuada
51		X					X	**	X	X	**	4	Inadecuada
52		X					X	**	X	X	**	4	Inadecuada
53	X			X			**	X	X	X	X	7	Adecuada
54	X				X		X	X	X	X	X	8	Adecuada
55	X		X				X	**	X	X	X	9	Adecuada
56		X					**	**	X	X	X	3	Inadecuada
57	X			X			X	**	X	X	X	8	Adecuada
58	X		X				X	X	X	X	X	10	Adecuada
59		X					X	**	X	X	X	5	Inadecuada
60	X					X	X	X	X	X	X	8	Adecuada
61		X					X	X	X	X	**	5	Inadecuada
62	X		X				X	X	X	X	X	10	Adecuada
Total	47	15	15	20	8	4	51	42	62	62	49		

Calificación: Menor o igual a 6 = Inadecuada 7 a 10 = Adecuada

** = No Recibe

Total: Inadecuada = 21 Adecuada = 41

Matriz de Datos

Variable: ESTIMULACIÓN ALIMENTARIA

Indicador: CANTIDAD DE ALIMENTOS

Unidad de estudio	Edad meses	Cantidad de Leche ³				Cantidad de Comida Principal ⁵				Cantidad de Comida Adicional ⁵				Puntaje	Calificación
		Menor a 2Bb	2 Bb	3 Bb	Mayor a 3 Bb	Menor a 2 Cucharadas	2 a 3 Cucharadas	3 a 5 Cucharadas	5 a 7 Cucharadas	Menor a 2 Cucharadas	2 a 3 Cucharadas	3 a 5 Cucharadas	5 a 7 Cucharadas		
1	6	X				X				**				5	Inadecuada
2	8		X					X		**				10	Adecuada
3	7		X					X		**				10	Adecuada
4	7		X				X			**				5	Inadecuada
5	6	X					X			**				10	Adecuada
6	6	*	*	*	*		X			**				5	Inadecuada
7	9		X						X		X			13	Adecuada
8	7		X					X		**				10	Adecuada
9	8	X							X	**				5	Inadecuada
10	8		X				X			**				5	Inadecuada
11	6	X				X				**				5	Inadecuada
12	6			X		X				**				5	Inadecuada
13	7		X				X			**				5	Inadecuada
14	9	X							X		X			10	Adecuada
15	7			X				X		**				10	Adecuada
16	6			X			X			**				10	Adecuada
17	8	*	*	*	*			X		**				5	Inadecuada
18	8		X					X		**				10	Adecuada
19	7	X						X		**				10	Adecuada
20	9	*	*	*	*				X		X			10	Adecuada
21	6		X			X				**				5	Inadecuada
22	6			X			X			**				10	Adecuada
23	6		X				X			**				10	Adecuada
24	9			X				X			X			8	Inadecuada
25	10	*	*	*	*			X			X			0	Inadecuada
26	8				X			X		**				10	Adecuada
27	6	*	*	*	*		X			**				5	Inadecuada
28	7			X				X		**				10	Adecuada
29	7			X				X		**				10	Adecuada
30	8				X				X	**				10	Adecuada
31	6	*	*	*	*			X		**				5	Inadecuada
32	9		X						X		X			13	Adecuada
33	9		X						X			X		13	Adecuada
34	6	*	*	*	*	X				**				0	Inadecuada

35	7		X					X		**				10	Adecuada
36	6	X						X		X				10	Adecuada
37	7	X					X			X				5	Inadecuada
38	8		X					X		**				10	Adecuada
39	10	*	*	*	*				X		X			5	Inadecuada
40	7	X					X				X			5	Inadecuada
41	7	X						X		**				10	Adecuada
42	8		X					X		**				10	Adecuada
43	6	X					X			**				10	Adecuada
44	8			X				X		**				10	Adecuada
45	8			X					X	X				10	Inadecuada
46	6	*	*	*	*		X			**				5	Inadecuada
47	6		X				X			**				10	Inadecuada
48	7	*	*	*	*					**				5	Inadecuada
49	6	X								**				10	Adecuada
50	7			X						**				10	Adecuada
51	7	*	*	*	*			X		**				5	Inadecuada
52	9	*	*	*	*				X		X			10	Adecuada
53	9		X						X		X			13	Adecuada
54	7		X					X		**				10	Adecuada
55	6	X					X			**				10	Adecuada
56	6	*	*	*	*		X			**				5	Inadecuada
57	8		X					X		**				10	Adecuada
58	6		X				X			**				10	Adecuada
59	7	*	*	*	*			X		**				5	Inadecuada
60	8		X					X		**				10	Adecuada
61	9	*	*	*	*				X		X			10	Adecuada
62	6	X					X			**				10	Adecuada
Total		14	21	10	2	5	18	27	12	3	11	1	0		

Calificación:

Menor de 8 meses: 0 a 5 = Inadecuada 10 = Adecuada

Mayor de 8 meses: 0 a 8 = inadecuada 10 a 13 = Adecuada

Cantidad leche: < de 8 meses = 5 adecuada según edad ** No recibe

Total: Inadecuada = 25 Adecuada = 37

Matriz de Datos

Variable: ESTIMULACIÓN ALIMENTARIA

Indicador: FRECUENCIA DE CONSUMO

Unidad de estudio	Edad meses	Frecuencia consumo Preparaciones 3				Frecuencia consumo Alimentos 3					Puntaje	Calificación
		Menor a 2 veces/día	2 veces / día	3 veces / día	3 veces y 1 adicional	Came	Menestra	Verduras y Frutas	Cereales y Tubérculos	Grasas		
1	6	X				D	**	D	D	D	3	Inadecuada
2	8			X		D	S	D	D	D	6	Adecuada
3	7			X		I	Q	D	D	**	6	Adecuada
4	7			X		I	S	D	D	D	6	Adecuada
5	6		X			I	S	D	D	D	6	Adecuada
6	6		X			D	**	D	D	D	6	Adecuada
7	9				X	I	S	D	D	E	6	Adecuada
8	7			X		I	S	D	D	**	6	Adecuada
9	8			X		D	S	D	D	I	6	Adecuada
10	8			X		I	**	D	D	E	6	Adecuada
11	6		X			**	**	D	D	E	3	Inadecuada
12	6	X				**	**	D	D	I	3	Inadecuada
13	7		X			D	**	D	D	**	3	Inadecuada
14	9				X	D	**	D	D	D	6	Adecuada
15	7		X			**	S	D	D	**	3	Inadecuada
16	6		X			D	**	D	D	D	6	Adecuada
17	8			X		I	**	D	D	E	3	Inadecuada
18	8			X		I	S	D	D	I	6	Adecuada
19	7			X		I	Q	D	D	D	6	Adecuada
20	9				X	D	S	D	D	D	6	Adecuada
21	6		X			**	E	D	D	**	3	Inadecuada
22	6		X			I	Q	D	D	I	6	Adecuada
23	6			X		I	S	D	D	D	6	Adecuada
24	9				X	**	S	D	D	**	3	Inadecuada
25	10				X	I	**	D	D	E	3	Inadecuada
26	8			X		D	Q	D	D	**	6	Adecuada
27	6		X			**	S	D	D	D	6	Adecuada
28	7			X		D	**	D	D	D	6	Adecuada
29	7			X		I	**	D	D	E	6	Adecuada
30	8			X		I	S	D	D	D	6	Adecuada
31	6			X		I	S	D	D	D	6	Adecuada
32	9				X	I	Q	D	D	**	6	Adecuada
33	9				X	I	S	D	D	D	6	Adecuada

34	6	X				I	E	D	D	I	3	Inadecuada
35	7			X		I	S	D	D	D	6	Adecuada
36	6			X		I	S	D	D	D	6	Adecuada
37	7			X		**	**	D	D	**	3	Inadecuada
38	8			X		D	E	D	D	I	6	Adecuada
39	10				X	**	S	D	D	D	3	Inadecuada
40	7				X	I	S	D	D	I	6	Adecuada
41	7			X		I	Q	D	D	**	6	Adecuada
42	8			X		D	E	D	D	D	6	Adecuada
43	6		X			I	E	D	D	D	6	Adecuada
44	8			X		I	S	D	D	I	6	Adecuada
45	8				X	**	Q	D	D	D	6	Adecuada
46	6	X				I	E	D	D	D	3	Inadecuada
47	6		X			D	S	D	D	D	6	Adecuada
48	7		X			I	**	D	D	D	3	Inadecuada
49	6		X			D	S	D	D	D	6	Adecuada
50	7			X		I	S	D	D	D	6	Adecuada
51	7			X		E	**	D	D	**	3	Inadecuada
52	9				X	E	**	D	D	**	3	Inadecuada
53	9				X	**	E	D	D	D	3	Inadecuada
54	7			X		D	S	D	D	D	6	Adecuada
55	6			X		D	**	D	D	D	6	Adecuada
56	6	X				**	**	D	D	D	3	Inadecuada
57	8			X		I	**	D	D	D	6	Adecuada
58	6		X			D	S	D	D	D	6	Adecuada
59	7		X			I	**	D	D	I	6	Adecuada
60	8			X		D	S	D	D	D	6	Adecuada
61	9				X	I	E	D	D	**	6	Adecuada
62	6		X			D	S	D	D	D	6	Adecuada
Total		5	16	28	13							

Calificación: 3=Inadecuada. 6=Adecuada. D=diario I=interdiario S=semanal Q=quincenal E=esporádicamente.

Total: Inadecuada = 18 Adecuada = 44

Matriz de Datos

Variable: ESTIMULACIÓN ALIMENTARIA

Indicador: VARIEDAD DE PREPARACIONES

Unidad de estudio	Variedad de Preparaciones					Frecuencia consumo Preparaciones				Puntaje	Calificación
	⁰ Sopas	² Segundos	² Papillas	¹ Puré	¹ mazamorra	⁴ Diferentes a diario	³ Diferentes Interdiario	² Iguales Interdiario	¹ Iguales a diario		
1	X		X					X		4	Inadecuada
2			X				X			5	Inadecuada
3			X		X		X			6	Adecuada
4	X	X	X			X				8	Adecuada
5	X		X		X		X			6	Adecuada
6	X		X	X	X		X			7	Adecuada
7	X							X		2	Inadecuada
8	X	X	X		X		X			8	Adecuada
9	X	X			X	X				7	Adecuada
10			X					X		4	Inadecuada
11	X			X	X		X			5	Inadecuada
12	X		X	X	X			X		6	Adecuada
13	X		X		X			X		5	Inadecuada
14		X			X	X				7	Adecuada
15		X	X				X			7	Adecuada
16	X			X	X		X			5	Inadecuada
17	X		X		X			X		5	Inadecuada
18			X	X	X	X				8	Adecuada
19	X	X			X		X			6	Adecuada
20	X	X			X		X			6	Adecuada
21				X	X			X		4	Inadecuada
22			X	X	X		X			7	Adecuada
23	X		X	X	X		X			7	Adecuada
24		X			X		X			6	Adecuada
25	X		X				X			5	Inadecuada
26		X			X	X				7	Adecuada
27	X			X			X			4	Inadecuada
28		X		X	X	X				8	Adecuada
29		X	X	X	X		X			8	Adecuada
30	X	X			X		X			6	Adecuada
31	X		X		X		X			6	Adecuada
32	X	X		X			X			6	Adecuada
33	X	X	X		X		X			8	Adecuada
34			X	X	X		X			7	Adecuada

35	X		X		X			X		5	Inadecuada
36			X	X	X	X				8	Adecuada
37		X			X	X				7	Adecuada
38		X	X		X		X			8	Adecuada
39			X		X			X		5	Inadecuada
40		X	X	X	X	X				10	Adecuada
41			X	X	X		X			7	Adecuada
42	X	X			X		X			6	Adecuada
43		X	X	X	X	X				10	Adecuada
44		X	X				X			7	Adecuada
45				X	X			X		4	Inadecuada
46	X			X	X		X			5	Inadecuada
47	X	X	X	X	X			X		8	Adecuada
48	X	X	X	X			X			8	Adecuada
49		X	X	X	X		X			9	Adecuada
50	X	X	X		X		X			8	Adecuada
51				X	X			X		4	Inadecuada
52	X	X			X		X			6	Adecuada
53		X	X		X		X			8	Adecuada
54		X	X		X	X				9	Adecuada
55			X	X	X		X			7	Adecuada
56	X			X	X			X		4	Inadecuada
57			X	X	X		X			7	Adecuada
58		X	X	X	X		X			9	Adecuada
59	X		X		X			X		5	Inadecuada
60		X			X		X			6	Adecuada
61	X	X	X		X		X			8	Adecuada
62		X	X	X	X		X			9	Adecuada
Total	31	28	40	28	51	11	37	14	0		

Calificación: Menor o igual a 5 = Inadecuada 6 a 10 = Adecuada

Total: Inadecuada = 18 Adecuada = 44

Matriz de Datos

Variable: ESTIMULACIÓN ALIMENTARIA

Indicadores: CALIDAD, CANTIDAD, FRECUENCIA Y
VARIEDAD

Unidad de estudio	Indicadores				Tipo de estimulación	
	Calidad	Cantidad	Frecuencia	Variedad	Puntaje Total	Calificación
	Puntaje parcial	Puntaje parcial	Puntaje parcial	Puntaje parcial		
1	7	5	3	4	19	Inadecuada
2	10	10	6	5	31	Adecuada
3	7	10	6	6	29	Adecuada
4	10	5	6	8	29	Adecuada
5	10	10	6	6	32	Adecuada
6	5	5	6	7	23	Adecuada
7	9	13	6	2	30	Adecuada
8	7	10	6	8	31	Adecuada
9	9	5	6	7	27	Adecuada
10	8	5	6	4	23	Adecuada
11	6	5	3	5	19	Inadecuada
12	6	5	3	6	20	Adecuada
13	6	5	3	5	19	Inadecuada
14	9	10	6	7	32	Adecuada
15	7	10	3	7	27	Adecuada
16	9	10	6	5	30	Adecuada
17	5	5	3	5	18	Inadecuada
18	9	10	6	8	33	Adecuada
19	9	10	6	6	31	Adecuada
20	6	10	6	6	28	Adecuada
21	7	5	3	4	19	Inadecuada
22	10	10	6	7	33	Adecuada
23	10	10	6	7	33	Adecuada
24	6	8	3	6	23	Adecuada
25	5	0	3	5	13	Inadecuada
26	7	10	6	7	30	Adecuada
27	4	5	6	4	19	Inadecuada
28	8	10	6	8	32	Adecuada
29	7	10	6	8	31	Adecuada
30	9	10	6	6	31	Adecuada
31	6	5	6	6	23	Adecuada

32	9	13	6	6	36	Adecuada
33	9	13	6	8	33	Adecuada
34	86	0	3	7	16	Inadecuada
35	8	10	6	5	29	Adecuada
36	9	10	6	8	33	Adecuada
37	6	5	3	7	21	Adecuada
38	9	10	6	8	33	Adecuada
39	4	5	3	5	17	Inadecuada
40	10	5	6	10	31	Adecuada
41	8	10	6	7	31	Adecuada
42	8	10	6	6	30	Adecuada
43	9	10	6	10	35	Adecuada
44	8	10	6	7	31	Adecuada
45	6	10	6	4	26	Adecuada
46	6	5	3	5	19	Inadecuada
47	9	10	6	8	33	Adecuada
48	5	5	3	8	21	Inadecuada
49	9	10	6	9	34	Adecuada
50	9	10	6	8	33	Adecuada
51	4	5	3	4	16	Inadecuada
52	4	10	3	6	23	Adecuada
53	7	13	3	8	31	Adecuada
54	8	10	6	9	33	Adecuada
55	9	10	6	7	32	Adecuada
56	3	5	3	4	15	Inadecuada
57	8	10	6	7	31	Adecuada
58	10	10	6	9	35	Adecuada
59	5	5	6	5	21	Adecuada
60	8	10	6	6	30	Adecuada
61	5	10	6	8	29	Adecuada
62	10	10	6	9	35	Adecuada

Calificación: 0 a 19 puntos = Inadecuada 20 a 36 puntos = Adecuada
 Total: Inadecuada = 13 Adecuada = 49

Matriz de Datos

Variable: INCREMENTO PONDERAL

Indicador: PESO CORPORAL

Unidad de estudio	Peso Inicial Kg	Peso Final Kg
1	7.400	8.220
2	7.800	8.675
3	8.500	9.170
4	7.900	8.760
5	7.500	8.550
6	7.920	8.855
7	9.400	10.130
8	7.920	8.800
9	9.050	9.800
10	7.900	8.670
11	7.750	8.380
12	7.530	8.565
13	7.600	8.470
14	9.450	10.070
15	7.510	8.560
16	7.000	8.060
17	8.600	9.445
18	8.850	9.550
19	8.100	9.080
20	8.800	9.590
21	7.680	8.550
22	7.540	8.500
23	7.700	8.650
24	8.400	9.150
25	10.280	10.920
26	7.800	8.700
27	7.250	8.300
28	7.700	8.735
29	7.800	8.650
30	8.520	9.320
31	8.000	8.900
32	8.000	8.695
33	8.950	9.680
34	7.000	7.600
35	8.100	9.040
36	6.850	7.910
37	7.760	8.680
38	8.420	9.270

39	10.150	10.760
40	7.950	8.870
41	7.720	8.680
42	8.230	9.090
43	7.670	8.520
44	9.500	10.200
45	8.350	9.050
46	7.420	8.260
47	8.750	9.620
48	6.900	7.600
49	9.050	9.810
50	8.990	9.740
51	8.500	9.030
52	8.800	9.450
53	8.500	9.300
54	8.200	9.090
55	7.800	8.760
56	6.750	7.550
57	9.100	9.880
58	7.250	8.190
59	7.000	7.670
60	8.800	9.560
61	9.740	10.470
62	7.700	8.630
Promedio	8.146	8.975
Mediana	7.935	8.828
Mínimo	6.75	7.55
Máximo	10.28	10.92

Matriz de Datos

Variable: INCREMENTO PONDERAL Y ESTIMULACIÓN ALIMENTARIA

Indicador: PESO CORPORAL

**Niños Ablactantes con
Adecuada Estimulación Alimentaria.**

Unidad de estudio	Peso Inicial Kg	Peso Final Kg	Incremento Ponderal (gr)
2	7.800	8.675	875
3	8.500	9.170	670
4	7.900	8.760	860
5	7.500	8.550	1050
6	7.920	8.855	935
7	9.400	10.130	730
8	7.920	8.800	880
9	9.050	9.800	750
10	7.900	8.670	770
12	7.530	8.565	1035
14	9.450	10.070	620
15	7.510	8.560	1050
16	7.000	8.060	1060
18	8.850	9.550	700
19	8.100	9.080	980
20	8.800	9.590	790
22	7.540	8.500	960
23	7.700	8.650	950
24	8.400	9.150	750
26	7.800	8.700	900
28	7.700	8.735	1035
29	7.800	8.650	850
30	8.520	9.320	800
31	8.000	8.900	900
32	8.000	8.695	695
33	8.950	9.680	730
35	8.100	9.040	940
36	6.850	7.910	1060
37	7.760	8.680	920
38	8.420	9.270	850
40	7.950	8.870	920

41	7.720	8.680	960
42	8.230	9.090	860
43	7.670	8.520	850
44	9.500	10.200	700
45	8.350	9.050	700
47	8.750	9.620	870
49	9.050	9.810	760
50	8.990	9.740	750
52	8.800	9.450	650
53	8.500	9.300	800
54	8.200	9.090	890
55	7.800	8.760	960
57	9.100	9.880	780
58	7.250	8.190	940
59	7.000	7.670	670
60	8.800	9.560	760
61	9.740	10.470	730
62	7.700	8.630	930
Promedio	8.199	9.048	848
Media	8.000	8.900	860
Mínimo	6.850	7.670	620
Máximo	9.740	10.470	1.060

**Niños Ablactantes con
Inadecuada Estimulación Alimentaria.**

Unidad de estudio	Peso Inicial Kg	Peso Final Kg	Incremento Ponderal (gr)
1	7.4	8.22	820
11	7.75	8.38	630
13	7.6	8.47	870
17	8.600	9.445	845
21	7.68	8.55	870
25	10.28	10.92	640
27	7.250	8.300	1050
34	7	7.6	600
39	10.15	10.76	610
46	7.420	8.260	840
48	6.9	7.6	700
51	8.5	9.03	530
56	6.75	7.55	800
Promedio	7.945	8.699	754
Media	7.600	8.380	800
Mínimo	6.750	7.550	530
Máximo	10.280	10.920	1.050

Análisis Estadístico.

Relación Variables:

Estimulación Alimentaria é Incremento Ponderal:

Grupo	Medias Inc. Pond	Dv.Std.	N	Dif	Valor-p
Adecuada Estimulación Alimentaria	860	119.0376	49	60	0.0412
Inadecuada Estimulación Alimentaria	800	147.105	13		

Nivel de Confiabilidad de 0.05

Por tratarse de dos muestras de tamaño diferente, con una distribución de datos normal, y con medias y varianzas similares se utilizó un contraste paramétrico:

Prueba de diferencia entre dos medias a dos colas.

En primer lugar se desarrolla el test t de Student para dos muestras independientes, basado en el estadístico:

$$t = \frac{X - Y}{\sqrt{\frac{(n-1)S_1^2 + (m-1)S_2^2}{n+m-2}} \sqrt{\frac{1}{n} + \frac{1}{m}}}$$

Donde:

n = grupo 1

m = grupo 2

X e Y = Incremento ponderal medio en cada grupo de niños; adecuada e inadecuada estimulación alimentaria respectivamente. Se denotó por $\{X_1, X_2, \dots, X_n\}$ e $\{Y_1, Y_2, \dots, Y_m\}$ al peso observado en cada uno de los niños de ambos grupos.

S^2 = Varianzas muestrales

El valor-p correspondiente de 0.0412, evidencia estadísticamente que el incremento ponderal promedio del grupo con AEA difiere significativamente del grupo con IEA.